

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Fatores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar,
em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas**

Joana Rita Batista Ferreira Sebastião

Orientadora:

- Prof.^a Doutora Maria Raquel Camarinha Silva Santos Barbosa

Coorientador:

- Professor Doutor Daniel José Branco de Sampaio

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre
em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar**

2017

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 18 de julho de 2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Fatores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar,
em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas**

Joana Rita Batista Ferreira Sebastião

Orientadora:

- Prof.^a Doutora Maria Raquel Camarinha Silva Santos Barbosa

Coorientador:

- Professor Doutor Daniel José Branco de Sampaio

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre
em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar**

2017

Ao meu marido

Aos meus pais

Aos meus irmãos

AGRADECIMENTOS

O resultado desta dissertação exigiu muitas horas de trabalho e dedicação que nem sempre foram fáceis. Para atingir este meu objetivo e ultrapassar os momentos mais difíceis tive o apoio de algumas pessoas às quais gostaria de agradecer por me terem acompanhado na conclusão desta jornada tão importante da minha vida.

À **Prof.^a Doutora Raquel Barbosa**, orientadora, pela disponibilidade, amabilidade, orientação e partilha de experiência no âmbito do tema desenvolvido, bem como o empenho que coloca no desenvolvimento do seu trabalho como orientadora e pelo apoio, motivação e dedicação concedidos durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao **Professor Doutor Daniel Sampaio**, coorientador, também pela partilha de experiência no âmbito do tema desenvolvido e por todo o apoio e dedicação no desenvolvimento deste trabalho.

À **Prof.^a Doutora Lúcia Neves**, ao **Prof. Doutor Paulo Machado** e à **Prof.^a Doutora Rita Francisco**, pela disponibilização dos questionários de investigação e bibliografias acessórias utilizados neste estudo e pela prontificação com que me esclareceram dúvidas sobre os mesmos.

À **Prof.^a Maria João Costa**, pela colaboração na entrega e recolha dos consentimentos informados junto dos participantes e em toda a gestão, planeamento e agendamento da recolha de dados. Aos Professores responsáveis pelo horário da disciplina de cada turma disponibilizado para a recolha de dados, que reorganizaram o planeamento da sua aula de forma a tornar possível a mesma.

À direção do Agrupamento de Escolas de Manteigas, **Prof. Renato Alves**, que com o seu parecer positivo ao meu estudo permitiram e apoiaram a continuação e desenvolvimento, que outrora iniciaram, do meu percurso académico.

Ao **Centro de Saúde de Manteigas**, ao **Dr. Luís Melo** e à **Enfermeira Cândida Moreira**, pelo apoio que deram ao meu projeto e pela amabilidade que tiveram em ceder a balança para fazer a avaliação antropométrica durante a recolha de dados.

A **todos os estudantes** do Agrupamento de Escolas de Manteigas, que respondendo ao questionário contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu primo **Ilídio Cleto**, que por ser funcionário do Agrupamento de Escolas de Manteigas foi o meu apoio e elo de ligação no desenvolvimento de todos os contactos.

À minha madrinha **Marisa França** e às minhas amigas **Catarina Tavares** e **Tânia Francisco** que me mostraram o seu apoio, incentivo e interesse na evolução deste trabalho e que de forma animadora contribuíram para alguns momentos de diversão.

Aos meus irmãos **David** e **Cláudia Sebastião**, cujos constantes incentivos e chamadas de atenção impulsionaram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais **José Manuel** e **M^a Clara Sebastião**, um agradecimento especial, pela base segura que sempre se revelaram, pois sem eles este trabalho não seria possível, uma vez que foi graças aos seus esforços e apoio que tive a possibilidade de frequentar o Mestrado que elegi.

Por fim, um agradecimento ainda mais especial, ao meu marido **Luís Santos**, que foi um pilar neste processo. Não só pela partilha de conhecimentos estatísticos, que fizeram muitos dos nossos serões, mas por encontrar tempo entre trocas de trabalho e locais de estágio, urgências de 24h e o seu próprio mestrado para me apoiar, incentivar, ajudar, animar e suportar incondicionalmente, com toda a compreensão e paciência nos momentos mais difíceis e desesperantes que surgem na realização de um trabalho como este. Obrigada por tudo e por estares ao meu lado!

LISTA DE ABREVIATURAS

AEM – Agrupamento de Escolas de Manteigas

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

CAML - Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa

CDC - *Centers for Disease Control*

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGE - Direção-Geral da Educação

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª edition*

EDE-Q - *Eating Disorder Examination Questionnaire*

IC - Imagem Corporal

IMC - Índice de Massa Corporal

IPPA - *Inventory of Parent and Peer Attachment*

MCS – Meios de Comunicação Social

PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar

PCASOE – Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

PIAC - Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

SATAQ-R - *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-Revised*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

RESUMO

Introdução: A rápida alteração na aparência física, auto percepção, tamanho e forma corporal tornam os adolescentes num grupo etário vulnerável a influências sociais que podem conduzir ao desenvolvimento de insatisfação com a imagem corporal, um importante fator de risco para perturbações do comportamento alimentar. Assim, é importante estudar os fatores de risco associados a esta insatisfação em adolescentes, tais como a influência dos meios de comunicação social e a qualidade das relações familiares e com pares.

Metodologia: Estudo composto por 107 estudantes do Agrupamento de Escolas de Manteigas, dos quais 59,8% do sexo feminino e a idade média de 14,4 anos ($DP = 1,82$). Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação *online* constituído por cinco questionários: (a) sociodemográfico, (b) comportamentos alimentares, (c) suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza, (d) vinculação aos pais e pares e (e) perturbação de comportamentos e atitudes alimentares.

Resultados: Foi detetado 1 caso de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação e 1 possível caso de bulimia nervosa. A influência sociocultural sobre a imagem corporal dos participantes foi moderadamente baixa, as relações com as figuras de vinculação de boa qualidade, em maior evidência com a mãe, e os padrões alimentares demonstraram baixo risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Após estratificação por níveis de risco, observou-se que o grupo de maior risco apresentou, de forma estatisticamente significativa, um índice de massa corporal mais elevado, níveis de conhecimento e interiorização das influências socioculturais mais elevados e uma pior qualidade das relações de vinculação com os pais. Os preditores de risco mais significativos para insatisfação com a imagem corporal e perturbações do comportamento alimentar, foram: sexo feminino, interiorização dos ideais socioculturais de beleza e relação de vinculação com a mãe.

Conclusão: Existe uma necessidade de apostar desde cedo em programas de prevenção focados na promoção de uma imagem corporal positiva. Seria importante intervir nos principais contextos de socialização dos adolescentes (escolas e família), de forma a educar a sociedade a questionar e reconsiderar o valor da aparência.

Palavras-Chave: Perturbações do Comportamento Alimentar, Adolescentes, Imagem corporal, Modelo de Influência Tripartido, Vinculação.

ABSTRACT

Background & Aims: Rapid modifications in physical appearance such as size and body shape, as well as self-perception, make adolescents especially vulnerable to social influences that may lead to the development of body image dissatisfaction, a major risk factor for the development of eating disorders. It is then crucial to study risk factors associated with body image dissatisfaction in adolescents, such as social media influences and quality of family and peer attachment.

Methods: The study included 107 students from the Agrupamento de Escolas de Manteigas. 59,8% (64/107) were female, with mean age of 14,4 years ($SD = 1,82$). Data was collected directly through an online guided protocol, which included five questionnaires: **(a)** sociodemographic, **(b)** eating behaviours, **(c)** susceptibility to sociocultural pressures and thin-ideal internalization, **(d)** parent and peer attachment and **(e)** eating behaviours and attitudes.

Results: In this study, 1 case of eating disorder not otherwise specified and 1 possible case of bulimia nervosa were detected. The sociocultural influence on the participants' body image was moderately low, there were good quality relationships with the attachment figures, especially with the maternal figure, and eating patterns correlated with low risk for eating disorders development. After stratification by risk levels, the higher risk group presented a statistically significant higher body mass index, higher level of knowledge and internalisation of sociocultural influences and worse quality of attachment relationships with the parents. The most significant risk predictors for body image dissatisfaction and eating disorders were: female sex, internalisation of the sociocultural ideals of beauty and the attachment relationship to the mother.

Conclusion: Prevention programs focused on early promotion of positive body image are warranted. It would be important to intervene in the main contexts of adolescent socialization (schools and family), in order to increase society education and awareness to the value of appearance.

Key-Words: Eating Disorders, Adolescents, Body image, Tripartite Influence Model, Attachment.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1. PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	1
1.1. Prevalência das PCA	3
2. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À IC E ÀS PCA.....	4
2.1. Meios de Comunicação Social	6
2.2. Relações de vinculação.....	8
OBJETIVOS	13
1. GERAIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	13
2. ESPECÍFICOS E HIPÓTESES	13
MÉTODO.....	14
1. PARTICIPANTES	14
2. INSTRUMENTOS	17
3. PROCEDIMENTOS	19
3.1. Procedimento de Recolha de Dados	19
3.2. Procedimentos de análise de Dados.....	19
3.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	20
RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
1. FATORES DE RISCO DA IC E PCA	26
2. FATORES DE RISCO DA IC E PCA: MODELO DE PREDIÇÃO	29
CONCLUSÕES.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico para AN segundo o DSM-5.....	2
Quadro 2. Critérios de Diagnóstico para BN segundo o DSM-5	2

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Influência Tripartido de Thompson et al., 1999.	5
Figura 2. Critérios de exclusão dos participantes no estudo.	15

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos participantes.....	15
Tabela 1 (Cont.). Caracterização dos participantes.....	16
Tabela 2. Insatisfação corporal de acordo com o percentil de IMC e sexo.	22
Tabela 3. Distribuição de frequências da variável SATAQ-R	24
Tabela 4. Distribuição de frequências da variável IPPA.	25
Tabela 5. Distribuição de frequências da variável EDE-Q.....	26
Tabela 6. Diferentes grupos de risco em função da idade.	27
Tabela 7. Diferenças nos diferentes grupos de risco (ANOVAs), em função do IMC e das variáveis socioculturais (internalização, conhecimento, vinculação à mãe, ao pai e aos pares).	29
Tabela 8. Modelo de regressão logística multinomial relacionando os grupos de risco de PCA com o sexo, idade, IMC e as pressões dos <i>media</i> (interiorização e conhecimento) e a vinculação ao pai, à mãe e aos pares.	30

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A: Questionário Sociodemográfico	50
Apêndice B: Questões sobre Comportamentos Alimentares.....	47
Apêndice C: Cronograma do estudo.	50
Apêndice D: Consentimento informado, livre e esclarecido.....	51
Apêndice E: Distribuição de frequências dos comportamentos alimentares dos participantes.....	52
Apêndice E (Cont.): Distribuição de frequências dos comportamentos alimentares dos participantes.....	53

ÍNDICE DE ANEXOS ¹

Anexo 1: Tabelas de percentis do <i>Centers for Disease Control</i> (CDC).	55
Anexo 2: <i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-Revised</i> (SATAQ-R) - versão portuguesa de Francisco et al., 2011	
Anexo 3: <i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i> (IPPA) - versão portuguesa de Neves, Soares & Silva, 1999	
Anexo 4: <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) - versão portuguesa de Machado et al., 2014	
Anexo 5: Aprovação pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa	56
Anexo 6: Aprovação pela Direção-Geral da Educação.....	57
Anexo 7: Aprovação pela Direção do Agrupamento de Escolas de Manteigas	58
Anexo 8: Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	59

¹ Os anexos 2, 3, e 4, por questões éticas (direitos de autor), apenas estão disponíveis nos exemplares para o Orientador, Presidente de Júri, e Arguente do presente trabalho.

*“Your looks are not everything, and you are certainly
much more than your looks.” (Thomas F Cash)*

INTRODUÇÃO

1. PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são problemas psicopatológicos graves caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, resultando no consumo ou na absorção alterada de alimentos, comprometendo a saúde física e o funcionamento psicossocial e que apresenta uma taxa de mortalidade elevada dentro das perturbações psiquiátricas. (1-3) A etiologia é multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais. (4)

As taxas de prevalência das PCA têm vindo a aumentar em todo o mundo, sendo a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) as mais frequentes. (1,5) ²

De seguida são apresentados no Quadro 1 e 2 os critérios de diagnóstico para AN e BN, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª edição (do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-5) (3)

² No âmbito deste trabalho apenas a AN e BN foram as PCA consideradas objeto de investigação.

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico para AN segundo o DSM-5.

<p>A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, género, trajetória do desenvolvimento e saúde física. <i>Peso significativamente baixo</i> é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.</p> <p><u>Subtipo restritivo:</u> Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (e.g., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.</p> <p><u>Subtipo compulsão alimentar purgativa:</u> Nos últimos três meses, o indivíduo envolveu-se em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (e.g., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p>
--

Quadro 2. Critérios de Diagnóstico para BN segundo o DSM-5

<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspetos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestão, num período de tempo determinado (e.g., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (e.g., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto está a ingerir). <p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.</p> <p>C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.</p> <p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.</p> <p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.</p>
--

Dados da literatura referem que o risco de desenvolvimento de PCA aumenta no início da adolescência. (2,6,7) A rápida alteração na aparência física, tamanho e forma corporal, assim como a auto percepção, torna este grupo mais vulnerável a influências que podem conduzir ao desenvolvimento de insatisfação com a imagem corporal (IC) e PCA. (6,8,9)

As PCA têm sido frequentemente descritas em adolescentes do sexo feminino em países ocidentais, sendo os 14 anos a idade de maior risco. (6,7,10) Efetivamente, e de um modo geral, a idade em que a AN ocorre estende-se dos 10 aos 25 anos, embora estejam descritos casos que surgiram antes ou após este intervalo. (11) A predominância de casos diagnosticados situa-se entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para BN. (12,13)

Anteriormente a 2013 os critérios de diagnóstico focavam principalmente os sintomas apresentados pelo sexo feminino, como o desejo pela magreza e a amenorreia. (14) Após a implementação dos novos critérios do DSM-5 têm sido descritos aumentos de cerca de 28,9% de PCA no sexo masculino, revelando que a prevalência no sexo masculino tem sido subestimada. (14)

Como já referido, as PCA eram consideradas inicialmente como doenças de países ocidentais, no entanto, o seu aumento tem sido transversal a nível mundial, sendo possíveis explicações os fenómenos de emigração, globalização e ocidentalização que aumentam a facilidade de divulgação do ideal de aparência. (6,15-17) Assim, não existe etnia ou cultura imune ao desenvolvimento de PCA, elas são transversais a todas as culturas. (15)

1.1. PREVALÊNCIA DAS PCA

Nas sociedades ocidentais a AN e a BN apresentam uma prevalência estimada de 0,3% e de 1%, respetivamente. (4) Segundo o DSM-5, a prevalência da AN entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas estima-se uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1. (3) Relativamente à BN, a prevalência entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. Uma vez que esta perturbação atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta a prevalência é maior entre adultos. Quanto ao sexo masculino, a proporção estimada feminino-masculino é, à semelhança da AN, 10:1. (3)

Em Portugal o primeiro estudo publicado neste âmbito foi realizado por Azevedo e Ferreira em 1992 nos Açores. (10,18) A amostra compreendia 580 homens e 654 mulheres com idades entre os 12 aos 20 anos. Os autores relataram 2 casos de BN e 6 casos que cumpriam todos os critérios de AN exceto o do peso, concluindo que a prevalência de PCA nos Açores era muito baixa. (10,18)

Outro estudo realizado foi o de Carmo et al. em 1996 que avaliou 2422 mulheres entre os 10 e os 21 anos de idade na região de Lisboa e Vale do Tejo e demonstrou uma prevalência de 0,4% para a AN, 12,6% para síndromes parciais e 7% para perturbação da IC. (10,18,19) Mais tarde, um novo estudo de Carmo et al. em 1999 que avaliou 2398 estudantes do sexo feminino, para a mesma faixa etária, mas nos distritos de Lisboa e Setúbal, demonstrou uma prevalência de 0,37% para a AN e 12,6% para síndromes parciais de AN. (10,18,20)

Em 1999, Pocinho avaliou 224 homens e 325 mulheres com idades entre os 12 e os 22 anos da área de Coimbra e estimou uma prevalência de 0,60% para AN, de 1,2% para BN e 19% para Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE). (10,18)

Mais recentemente, um estudo conduzido no Minho por Machado et al. em 2004 com uma amostra de 486 estudantes do sexo feminino, com idades entre os 17 e os 35 anos, demonstrou que 25% das participantes apresentavam um peso inferior ao normal e, quando foi inquirida para a presença de possíveis casos de PCA, 29 participantes cumpriam os critérios de diagnóstico para a BN, 50 de PIAC e 1 caso parcial de AN. (10,18)

No entanto, é difícil comparar os resultados de prevalência encontrados pelos vários autores destes estudos, uma vez que existe diferença ao nível das metodologias utilizadas, dos critérios de inclusão das populações estudadas, bem como os critérios de diagnóstico das PCA, que têm variado ao longo dos últimos trinta anos. (10,20)

2. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À IC E ÀS PCA

Tal como anteriormente referido, a adolescência é o período por excelência para surgimento de PCA. O processo da adolescência é uma preparação para a vida adulta, onde, para além da maturação física e sexual, o adolescente inicia o desenvolvimento da sua identidade e constrói a sua IC. (8,9) Entende-se por IC a totalidade das representações, sentimentos e atitudes elaboradas ao longo da existência do indivíduo, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais, relativamente ao próprio corpo. (21) De uma forma simples, pode ser definida como a figuração mental do próprio corpo, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para o próprio e para os outros. (22) Deste modo, o desenvolvimento de uma IC satisfatória durante este período é importante, uma vez que quanto mais o adolescente estiver satisfeito com o

seu corpo mais sucesso terá nas relações sociais, melhor se desenvolverá como indivíduo e será mais feliz. (23)

A construção da IC está associada ao funcionamento psicossocial e prende-se na avaliação da aparência física, o que implica satisfação ou insatisfação, e no investimento aplicado na aparência e na interiorização dos ideais de beleza. (24) Não só é integralmente uma construção social, como também está reciprocamente relacionada à forma como as pessoas experienciam as suas interações com os outros. (25) A satisfação com a IC é frequentemente definida como o grau de satisfação e aprovação dos indivíduos com sua aparência física, principalmente com o peso e forma corporal. A insatisfação com a IC define-se como os pensamentos e sentimentos negativos que os indivíduos têm relativamente ao seu corpo, resultante de uma discrepância entre a IC percebida e a idealizada e tem sido descrita na literatura como um importante fator de risco para o desenvolvimento de PCA. (26-30) Tradicionalmente, a insatisfação com a IC era descrita como uma questão predominantemente feminina, no entanto, estudos recentes apontam um crescente reconhecimento da sua presença entre o sexo masculino. (31,32)

Conforme supracitado, a rápida alteração na aparência física, tamanho e forma corporal, assim como a auto percepção, torna os adolescentes mais vulneráveis a influências sociais que podem conduzir ao desenvolvimento de insatisfação com a IC e PCA. (6,8,9) Deste modo, torna-se importante estudar os fatores de risco associados à insatisfação com a IC neste grupo etário, de forma a desenvolver programas preventivos. (29,30)

O Modelo de Influência Tripartido, desenvolvido por Thompson et al., 1999, como mostra a Figura 1, descreve as associações entre preditores de insatisfação com a IC, mediadores e variáveis de resultado. (29,30,33-36)

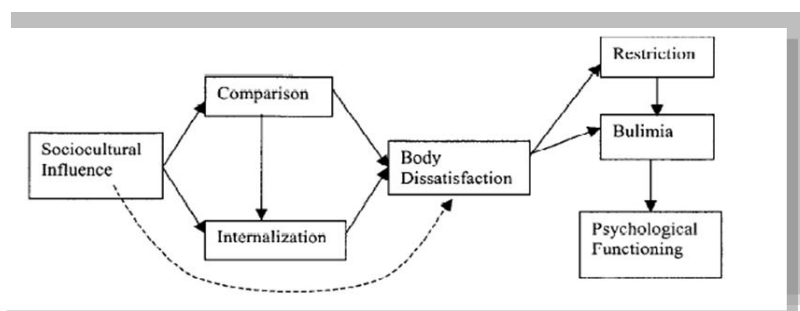


Figura1. Modelo de Influência Tripartido de Thompson et al., 1999.

Mais tarde, Papp et al. em 2013, acrescentam a este modelo o Índice de Massa Corporal (IMC), a percepção corporal e a autoestima, como variáveis preditoras de insatisfação com a IC. (29)

Estes modelos destacam especificamente que os riscos para a insatisfação com IC e PCA são multifatoriais, sendo as principais influências para resultados negativos determinadas pelas interações familiares e com pares, bem como pela exposição a determinadas mensagens dos meios de comunicação social (MCS) que enfatizem tipos de corpos específicos. (37-39)

2.1. MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Nas sociedades ocidentais, os atuais ideais de beleza realçam um corpo ectomorfo, ou seja magro, e uma aparência extremamente tonificada e em forma. (40,41) A forma mais evidente e poderosa de transmissão destes ideais é através dos MCS. (15) Uma vez que disponibilizam um ideal de comparação, irrealista para a maioria, estes desempenham um papel importante relativamente ao desenvolvimento da percepção corporal. (42)

Desde cedo os adolescentes são bombardeados com representações visuais, expostas pelos MCS, sobre que tipos de corpos são considerados atraentes. (6,43) Para o sexo feminino a marca de beleza é a magreza, um protótipo com um corpo alto, magro, com pernas longas, coxas finas, anca estreita, olhos claros, pele clara e sem rugas, enquanto para o sexo masculino uma figura alta, magra e musculada representa o ideal máximo. (42-45) O corpo ideal retratado é geralmente expresso em 15% abaixo do peso médio das mulheres e aproximadamente 90% das manequins do sexo feminino estão abaixo do peso médio. (46) Esta proporção supra representa grosseiramente a percentagem de tais mulheres na sociedade e enfatiza um padrão de beleza irreal. (46) Por seu lado, o corpo ideal masculino é tão atlético e musculado que apresenta um padrão igualmente inatingível para a maioria. (31) Uma das principais razões pela qual a musculatura é importante para o sexo masculino é porque está associada à percepção da masculinidade. (31) A propagação deste ideal conduz frequentemente à associação de atributos positivos como sucesso, felicidade, desejo e *status* social, a corpos magros. (6,47) No entanto, estes ideais são biogeneticamente difíceis, senão impossíveis, de alcançar para a maioria. (31,46)

A interiorização deste ideal de beleza, exposto pelos MCS, definido como o grau em que cognitivamente é aceite o desejo de um corpo magro e se adota a magreza como um ideal pessoal, pode conduzir muitos jovens a insatisfação com a sua IC e baixa autoestima, devido à discrepância inevitável entre a sua aparência real e o ideal cultural. (6,29,37,42,43,47) Neste sentido, o peso corporal tem sido largamente estudado como uma variável chave na predição de insatisfação com a IC e de PCA em adolescentes de ambos os sexos, uma vez que níveis mais elevados de IMC se associam a maior desvio do ideal sociocultural. (39,48,49,50) Tem sido descrito que, já em tenra idade, um IMC mais elevado está relacionado com maior insatisfação com a IC e presença de PCA, sendo por isso mesmo considerado um importante preditor antropométrico para ambos os sexos. (39,49,50) Com o objetivo de atingir este padrão sociocultural de atratividade, muitos jovens podem iniciar comportamentos desviantes preditores de PCA, no caso das raparigas o recurso ao vômito, ao abuso de laxantes e omissão de refeições e no caso dos rapazes ao abuso de suplementos alimentares, utilização de esteroides e exercício físico intenso. (31,32,43,51)

Tem havido uma certa tendência em focar principalmente a televisão e as revistas, uma vez que têm sido tradicionalmente considerados como os MCS mais populares. (52) As revistas normalmente mostram imagens estáticas, incorporadas em artigos sobre celebridades, dietas, *fitness*, beleza e moda. (52) Exemplos de revistas que têm perpetuado estes ideais de beleza são, por exemplo, a *Cosmopolitan*TM e a *Vogue*TM no caso das mulheres e a *Men's Health*TM e a *FHM*TM (*For Him Magazine*) no caso dos homens. (53,54) No entanto, a popularidade destes MCS tem vindo a diminuir, enquanto a popularidade e disponibilidade de meios mais interativos, como a *Internet*, tem vindo a aumentar. (52) *Websites* de moda, beleza, celebridades e entretenimento, onde a imagem é o foco, têm-se tornado mais populares, especialmente entre o sexo feminino, do que as revistas de moda. Estudos recentes demonstraram que estes locais na *Internet* promovem a perpetuação de ideais estereotipados de beleza e no caso das adolescentes estão relacionados com uma maior interiorização do ideal de beleza, insatisfação com o peso e forma corporal e desejo em ser magra. Desta forma, é maior a propensão ao desenvolvimento de PCA. (55) Uma área da *Internet* que se tem tornado cada vez mais popular é o uso de *sites* de redes sociais, que pode em parte ter impulsionado o aumento do uso da *Internet* pelos adolescentes. Estes *sites* permitem a criação de perfis *online*, públicos ou privados, que podem ser usados para formar

relacionamentos e interagir com outros usuários do mesmo *site*. (55,56) Através destes perfis podem participar numa variedade de atividades, tais como partilha de fotografias, vídeos e informações diárias sobre as suas vidas, bem como fazer comentários *online* sobre as atividades dos outros. Exemplos destas redes sociais incluem o *Facebook*TM, o *Instagram*TM, o *Twitter*TM e o *MySpace*TM. (55,56) O *Facebook* é a rede social mais usada no mundo e o tempo despendido pelos adolescentes nela tem sido significativamente associado a PCA. Quanto maior o tempo despendido pelos adolescentes no *Facebook*TM maior é a referência a preocupações com o peso e forma corporal, uma vez que a exposição a aplicações fotográficas de celebridades e pares estão associadas a maior interiorização do ideal de beleza e comparação social, prejudicando a IC, e conduzindo a um crescente desejo de perda de peso. (57)

O ideal de beleza e a sua associação com insatisfação com a IC tem sido atribuído a sociedades ocidentais. (47) No entanto, tal como já exposto, este ideal e as preocupações com a imagem estão a alastrar-se para diferentes contextos sociais, económicos e culturais, devido à globalização das crenças, atitudes e práticas ocidentais. (47) Como consequência, a insatisfação com o peso e forma corporal estão atualmente presentes na maioria das sociedades. (47)

Assim sendo, a influência dos MCS sobre a IC é de grande interesse, uma vez que modelos cognitivo-comportamentais para o desenvolvimento e manutenção de PCA consideraram que a insatisfação com a IC é de importância crucial para o desenvolvimento e manutenção da doença. (58) No entanto, os MCS não são os únicos potenciais fatores de risco no desenvolvimento de insatisfação com a IC e PCA nos adolescentes, também a qualidade da relação afetiva estabelecida com os pais e pares pode constituir fator de risco. (21) De facto, e falando no feminino, uma vez que a maioria das mulheres é exposta a pressões sociais e ao ideal de beleza perpetuado pelos MCS, a razão pela qual apenas algumas delas são vulneráveis a interiorizar estes ideais e a desenvolver insatisfação com a IC e PCA pode estar relacionado com o papel da qualidade das relações de vinculação com os mais significativos. (37)

2.2. RELAÇÕES DE VINCULAÇÃO

Neste sentido, a teoria da vinculação originalmente desenvolvida por Bowlby (1907-1990) tem ganhado um crescente interesse por clínicos e investigadores que procuram compreender a sua relação com as PCA. (59) A vinculação é definida como um laço

emocional experienciado com outra pessoa, que é percebida como uma fonte de segurança e que providencia uma base segura a partir da qual o indivíduo explora o mundo, onde o corpo assume um papel intermediário nas relações. (37,59,60,61) Isto significa que o indivíduo organiza pensamentos e comportamentos de forma a manter o sentimento de segurança fornecido pela figura de vinculação, num contexto interpessoal. (59) Segundo Bowlby é a “propensão dos seres humanos a desenvolver laços afetivos fortes com determinadas pessoas particulares”, sendo a conceção da vinculação um fenómeno que se estende ao longo de toda a vida. (25,61,62,63) De acordo com esta teoria, existe um benefício para crianças, adolescentes e adultos em possuir uma fonte principal de segurança emocional, uma figura central, com quem contar em qualquer circunstância da vida. (59,61,63,64) Geralmente a mãe cumpre este papel durante a infância (64), no entanto, a definição social do papel de pai tem vindo a sofrer alterações significativas nos últimos tempos, com a reivindicação de uma maior proximidade afetiva, bem como dos cuidados básicos das crianças. Deste modo, torna-se cada vez mais relevante a importância da figura paterna no estabelecimento destes primeiros laços. (65) Embora possa existir mais do que uma figura de vinculação, os comportamentos de vinculação são por norma direcionados para a figura principal, a “base segura” a partir da qual se explora o mundo e desenvolve o *self*. (61,64)

Os comportamentos de vinculação na infância (como o chorar, sorrir, agarrar, seguir) têm como função a proteção de eventuais perigos, stresse ou ameaça ao bem-estar da criança e a manutenção da proximidade de uma figura específica, mais capaz de se confrontar com situações de perigo (função biológica). (63) Numa segunda fase, a criança internaliza o modelo relacional com a figura cuidadora, o que lhe proporciona a segurança necessária para explorar o meio (função psicológica). Existe, igualmente, uma predisposição biológica, para recorrer à figura de vinculação para reverter as emoções negativas, de modo a conseguir a regulação emocional. (63) Assim, esta figura, além de estar acessível fisicamente, também o deve estar emocionalmente, sendo responsiva. Trata-se de uma relação assimétrica e complementar. (66) A sensibilidade da mãe aos sinais da criança aumentam a confiança da criança na sua disponibilidade e responsividade, promovendo uma vinculação segura. Isto é, promove uma organização interna constituída por conhecimentos e expectativas positivas relativas à disponibilidade e responsividade da figura de vinculação e ao *self*, como merecedor de atenção e de afeto e competente para se confrontar com o mundo. (67) O contrário leva

a expectativas de rejeição ou de não responsividade, resultando numa vinculação insegura, fruto de experiências desagradáveis nos momentos em que o sistema de vinculação é ativado. Neste caso, a criança receberia, constantemente, mensagens implícitas de incompreensão ou de rejeição, construindo, assim, um modelo interno de *self* como sem valor ou incompetente. (67)

Durante a adolescência a conquista da autonomia e a manutenção de uma vinculação segura aos pais são processos complementares e que funcionam na mesma direção, ou seja, uma vinculação segura aos pais favorece o desenvolvimento da autonomia sem problemas significativos. (62) O adolescente depara-se com uma nova dinâmica relacional, com necessidades de vinculação e de exploração e autonomia, fundamentais para o seu desenvolvimento e para a construção da sua identidade. (66) Neste sentido, a pressão da autonomia face aos pais leva ao estabelecimento de relações de vinculação com os pares, figuras com as quais se denota uma identificação, um sentido de pertença e existe compreensão frente às múltiplas mudanças da adolescência (e.g., cognitivas, familiares, socio emocionais, de imagem corporal), que desafiam o sentido de identidade e autoestima. (68)

A vinculação, como fenómeno que acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu ciclo de vida, influenciará, de forma significativa, as relações que o sujeito estabelecerá nas diferentes fases do seu desenvolvimento, de modo que a segurança nas relações estabelecidas nos primeiros anos de vida, com os progenitores ou seus substitutos, tenderá a manter um certo grau de estabilidade, repetindo-se em diferentes relacionamentos, mesmo na vida adulta. (59,64) Por seu lado, a forma como o sujeito vive o seu corpo e constrói o seu *self* corporal está necessariamente relacionada com a vivência corporal daqueles que o rodeiam, nomeadamente os mais significativos, principalmente nas relações precoces. (21,60,61,65)

Sendo o corpo o principal veículo de interação nas relações que estabelecemos com os outros, a natureza das relações de vinculação é fundamental para a compreensão da relação do indivíduo com o seu corpo ao longo da vida, uma vez que um indivíduo inseguro nas suas relações afetivas terá uma maior probabilidade de ter uma relação insegura com o seu próprio corpo. Desta forma, a relação entre a vinculação e o desenvolvimento da IC e PCA tem sido objeto de alguns estudos. (21,60,61,65)

A família é, na maioria das vezes, o primeiro agente de socialização, onde através da modelagem, do *feedback* ou da informação/instrução desempenham um papel

importante no desenvolvimento da opinião que o indivíduo tem sobre si próprio, o componente principal da IC, podendo moderar (amplificar ou diminuir) a pressão sociocultural para o ideal de beleza, sendo por isso sugerido pela literatura que a qualidade da relação familiar está associada a PCA. (38,61) Armstrong e Roth (1989) conduziram o primeiro estudo sobre este tema, e têm sido corroborados posteriormente por outros autores que verificaram que um padrão de vinculação inseguro tem sido encontrado nas populações com preocupações exacerbadas com a aparência e associado a uma maior insatisfação com a IC. (21,60) Contrariamente, uma IC mais positiva e níveis mais elevados de autoestima têm sido precedidos por relações parentais positivas e pouco conflituosas. (21,37) Estudos referem que relações conflituosas e negativas estão associadas a um aumento de PCA, e um vínculo parental inseguro em idades jovens está associado a comportamentos de restrição e purga mais tarde na adolescência e idade adulta. (38) Embora não existam muitos dados, vários estudos observaram que raparigas cujas mães faziam dieta (restritiva) e eram preocupadas com o seu peso e forma corporal eram mais propensas a desenvolver práticas não saudáveis para controlo de peso do que os seus pares. (69) Trabalhos de investigação em mulheres jovens concluíram que o incentivo dos pais a fazer dieta e à perda de peso está associado a PCA e quanto mais comentários e observações negativas recebidas relativamente ao peso, maior é a tendência para comparações negativas com os outros e assim desenvolver insatisfação com a IC e PCA. (37,69) Relativamente aos rapazes, as mensagens dos pais são forte preditores de ambas as estratégias para emagrecer e ganhar massa muscular. (61)

Neste sentido, e tendo em conta que a qualidade das relações com os pais e a dinâmica do sistema familiar possa estar na génese das PCA, torna-se relevante a integração das figuras parentais no tratamento das mesmas, através, por exemplo, da terapia familiar. Esta terapia, também referida como a abordagem de Maudsley, desenvolvida por Minuchin et al, é atualmente considerada como a melhor prática para o tratamento de PCA de crianças e adolescentes, onde os pais fazem parte integrante do tratamento e o seu envolvimento ativo é considerado crucial no processo de recuperação. (70-75) Na primeira fase deste modelo, os pais são apoiados a assumir a responsabilidade, com a ajuda de um terapeuta, de promover e garantir o aumento de peso do adolescente e de limitar os comportamentos de controlo de peso contraproducentes, normalizando os padrões e escolhas alimentares. (70,72) Após a

normalização do peso, dá-se início à segunda fase de tratamento onde o adolescente, com o apoio dos pais, retoma o controlo e a responsabilidade da sua alimentação e do seu peso. (70,72) Na terceira e última fase, o foco do tratamento é a manutenção do peso e o desenvolvimento saudável da identidade do adolescente, onde os pais se têm de adaptar à independência emergente do adolescente. (70,72) Assim, este modelo de tratamento, que enfatiza uma enorme mudança comportamental, tem demonstrado ser muito efetivo no tratamento de adolescentes com PCA, não só porque reconhece o adolescente como parte da família, mas também porque assume os pais como um recurso-chave no plano terapêutico, cujas forças podem ser mobilizadas para mudanças comportamentais. (70,72)

No que concerne às relações com os pares, estas são particularmente importantes na adolescência, onde a intimidade, a conformidade e a proximidade nos relacionamentos são importantes para ganhar a aprovação dos outros. (37) A influência da aceitação social, das relações e a popularidade no grupo de pares, contribui para a avaliação do *self* do adolescente. (61) Nesta fase, a IC desempenha um papel muito relevante, uma vez que a capacidade de estabelecer amizades se relaciona, com frequência, com a aparência física, ou seja, os indivíduos que se consideram atraentes tendem a apresentar uma maior ligação social com os pares. (61) A pressão dos pares tem sido descrita como o mecanismo de transmissão das normas do grupo, neste sentido, os adolescentes manipulam o seu peso e aparência visando a sua integração no grupo. (61) Uma forma de valorização (ou desvalorização) dentro do grupo é a comparação com os pares que, relacionada com a aparência, em linha com o ideal social de beleza, está associada a níveis mais elevados de insatisfação com a IC nos adolescentes, assim como a uma maior pressão para ser magro(a) sendo fator de risco para o desenvolvimento de PCA. (37,61,69,76)

Num estudo com adolescentes, foi examinado se as amizades mais pobres podem prever problemas de peso e restrição dietética em meninas adolescentes. O estudo constatou que as variáveis de amizade que incluía a aceitação pelos pares, perceção de apoio social, intimidade, amizade e perceção de impacto da magreza das amizades do sexo feminino, contribuíram significativamente para a previsão de preocupação e insatisfação com a IC e restrição alimentar. (77) Em geral, existe uma complexa relação entre as interações entre os pares e a aparência (e.g., conversas e avaliações), a aceitação da aparência e a qualidade geral de amizades sobre as experiências corporais das

meninas. Até à data, a investigação em torno da influência dos pares na IC necessita de uma maior exploração sobre os mecanismos específicos pelos quais os adolescentes são influenciados por seus pares.

Assim, tal como na família, o grupo de pares proporciona um contexto de sentido do *self*, pois a influência da aceitação social, da qualidade das relações e a popularidade no grupo de pares, contribui para o desenvolvimento e a avaliação do *self* do adolescente. (61)

OBJETIVOS

1. GERAIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1.1. Considerando os estudos epidemiológicos realizados em Portugal (continente e ilhas), verificámos que prevalece uma avaliação da problemática das PCA em zonas consideradas predominantemente urbanas. Desta forma, um dos objetivos deste trabalho é precisamente o estudo da **prevalência das PCA** em adolescentes do concelho de Manteigas.³

Questão de investigação: Qual é a prevalência de PCA no concelho de Manteigas?

1.2. Para além disso, pretende-se estudar os **fatores de risco** associados à insatisfação com a IC e às PCA, num contexto rural, tendo em conta a influência dos pais, pares e MCS, e variáveis sociodemográficas como o sexo e o IMC, em adolescentes.

2. ESPECÍFICOS E HIPÓTESES

2.1. Determinar a prevalência das PCA na população-alvo do estudo.

(**HI**) Espera-se uma prevalência de PCA mais elevada no sexo feminino (3), próxima de 0,3% para AN e de 1% para BN (3,4), com uma predominância de casos situados entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para BN. (12,13)

³ Manteigas é uma vila portuguesa, pertencente ao Distrito da Guarda, sede de um município com 121,98 km² de área e 3 430 habitantes (2011), dividido em 4 freguesias. É um dos concelhos que partilham o ponto mais elevado de Portugal Continental (a Torre da Serra da Estrela) e é considerada uma área mediantemente urbana com predominância rural.

2.2. Explorar os fatores diferenciadores associados à IC e às PCA para diferentes segmentos de risco, com base nos dados de caracterização sociodemográfica (ex: sexo, idade, IMC) **e psicossocial** (como a interiorização de crenças relacionadas com as pressões socioculturais, a psicopatologia das perturbações de comportamentos e atitudes alimentares e a qualidade da relação com os pais e pares).

(**H2**) Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA sejam (*a*) predominantemente do sexo feminino (78,79), (*b*) de uma faixa etária mais baixa, apresentem (*c*) níveis de IMC superiores (21,48,80-83), (*d*) maior nível de conhecimento e interiorização das dos padrões de beleza (39,42,46,84,85) e (*e*) relações de vinculação com o pai, mãe e pares de menor qualidade (21,37,86,87).

Questão de investigação: Qual o preditor de risco de PCA mais forte?

MÉTODO

1. PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram toda a população-alvo, constituída por 120 estudantes do Agrupamento de Escolas de Manteigas (AEM), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos.

Os critérios aplicados neste estudo foram os seguintes:

- critérios de inclusão: estudantes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, voluntários, e com capacidade de preenchimento autónomo dos questionários;

- critérios de exclusão: estudantes que não entregaram o consentimento informado, livre e esclarecido autorizado pelos encarregados de educação, estudantes com necessidades educativas especiais e estudantes que não estiveram presentes nas datas da recolha de dados (ver Figura 2).

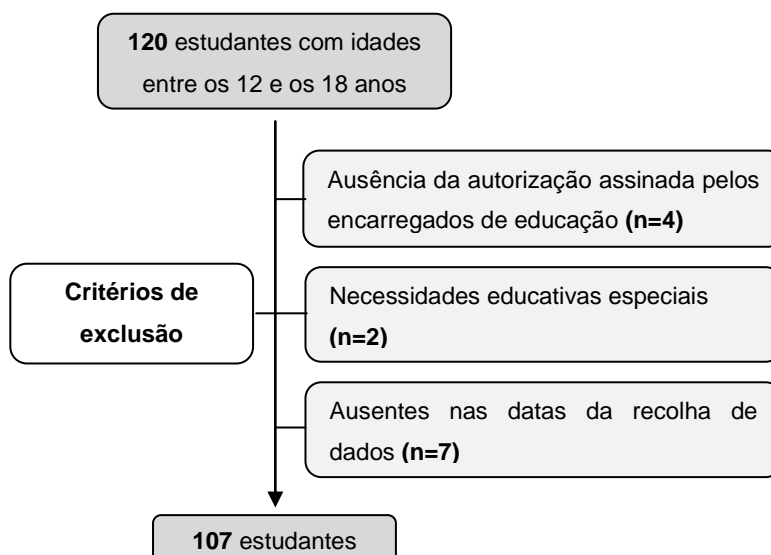


Figura 2. Critérios de exclusão dos participantes no estudo.

Assim, o universo de participantes deste estudo foi constituído por 107 estudantes ($n=107$) do AEM, dos quais 59,8% (64/107) do sexo feminino e 40,2% (43/107) do sexo masculino. Todos os estudantes frequentavam a Escola Básica e Secundária de Manteigas do AEM.

A **Tabela 1** apresenta de forma sumariada a caracterização dos participantes.

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

VARIÁVEL	n (%)	
Idade	$M = 14,4$ ($DP = 1,82$), $min. = 12$, $max. = 18$	
Sexo	Masculino	43 (40,2%)
	Feminino	64 (59,8%)
Nacionalidade	Portuguesa	107 (100%)
Escola	Escola Básica e Secundária de Manteigas	107 (100%)
Ano de Escolaridade	7º ano	22 (20,6%)
	8º ano	21 (19,6%)
	9º ano	29 (27,1%)
	10º ano	6 (5,60%)
	11º ano	13 (12,1%)
	12º ano	16 (15,0%)
Descrição Corporal (M- Masculino; F-Feminino)	Muito Magro	M 0; F 0 = 0 (0,00%)
	Magro	M 8; F 10 = 18 (16,8%)
	Nem Magro nem Gordo	M 28; F 45 = 73 (68,2%)
	Com Excesso de peso	M 7; F 7 = 14 (13,1%)
	Obeso	M 0; F 2 = 2 (1,90%)

Nota: M = média, DP = desvio-padrão.

Tabela 1 (Cont.). Caracterização dos participantes.

VARIÁVEL	n (%)	
Escolaridade Materna	Analfabeto	0 (0,00%)
	Sabe Ler e Escrever	2 (1,90%)
	1º Ciclo (Instrução Primária)	13 (12,1%)
	2º e 3º Ciclos – (9º ano)	34 (31,8%)
	10 e 11º anos	7 (6,50%)
	12º ano	27 (25,2%)
	Licenciatura	17 (15,9%)
	Mestrado/Doutoramento	7 (6,50%)
Escolaridade Paterna	Analfabeto	0 (0,00%)
	Sabe Ler e Escrever	2 (1,90%)
	1º Ciclo (Instrução Primária)	25 (23,4%)
	2º e 3º Ciclos – (9º ano)	32 (29,9%)
	10 e 11º anos	6 (5,60%)
	12º ano	24 (22,4%)
	Licenciatura	15 (14,0%)
	Mestrado/Doutoramento	3 (2,80%)
Peso	M = 55,9 (DP = 14,3), min. = 31,6, max. = 108,4	
Altura	M = 1,62 (DP = 0,10), min. = 1,37, max. = 1,91	
IMC (M- Masculino; F-Feminino)	Baixo peso (p < 5)	M 2; F 0 = 2 (1,90%)
	Peso saudável (≥ 5 p < 85)	M 28; F 49 = 77 (72,0%)
	Excesso de peso (≥ 85 p < 95)	M 9; F 11 = 20 (18,7%)
	Obesidade (p ≥ 95)	M 4; F 4 = 8 (7,50%)
		M = 21,1 (DP = 3,70), min. = 14,7, max. = 33,1

Nota: M= média, DP= desvio-padrão.

Quanto à *idade*, os 14 anos foi a idade com maior representação, com 24,3% (26/107) e os 18 anos com menor representação, com 1,90% (2/107).

No que se refere à *descrição corporal*, a descrição “Muito Magro” não teve expressão e estratificando a descrição corporal por sexo, podemos verificar que as duas referências “Obeso” são feitas pelo sexo feminino.

O *IMC* ou Índice de Quetelet, calculado através da relação do peso atual com a altura ao quadrado, segundo a seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$, é utilizado para classificar a obesidade. (8,88) A classificação do IMC neste estudo foi realizada de acordo com os percentis do *Centers for Disease Control* (CDC) (**Anexo 1**) para a idade e sexo. (8,88) Observando os valores de IMC, detalhadamente por sexo, podemos observar que os casos de baixo peso são apresentados pelo sexo masculino.

2. INSTRUMENTOS

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação em plataforma *online*, adaptado para o sexo feminino e masculino, constituído por: (a) questionário sociodemográfico, (b) questões sobre comportamentos alimentares, (c) questionário sobre a suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza, (d) questionário sobre a vinculação aos pais e pares na adolescência e (e) questionário sobre comportamentos e atitudes alimentares.

- a) Questionário sociodemográfico (Apêndice A). Desenvolvido para a recolha das principais variáveis sociodemográficas da população-alvo tais como sexo, idade, peso, altura, IMC e ano de escolaridade.
- b) Questões sobre Comportamentos Alimentares (Apêndice B). Com base nos critérios do DSM-5 para a AN e BN foram desenvolvidos alguns itens de forma a avaliar a prevalência das PCA.
- c) Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-Revised (SATAQ-R; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995, versão portuguesa de Francisco et al., 2011 - Anexo 2) É um questionário constituído por 21 itens que permitem avaliar o índice de conhecimento dos padrões da aparência física e a interiorização dos mesmos. (90-92) Os itens são pontuados numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia de “totalmente em desacordo” até “totalmente de acordo” permitindo avaliar a influência sociocultural sobre a IC dos participantes. (92,93) O questionário apresenta duas subescalas: (a) Conhecimento – aceitação da existência de padrões socioculturais de um ideal de beleza físico, e (b) Interiorização - interiorização da pressão sociocultural, influenciada pelos MCS. (93) A interpretação dos resultados é feita através do cálculo da média dos itens de cada subescala. (94) O estudo de validação encontra-se em fase de redação para publicação sob a forma de artigo original.

A análise fatorial exploratória da versão portuguesa do SATAQ-R indicou que os itens 4, 12, 17 e 21 deveriam ser excluídos. (94) Esta versão demonstrou ter características psicométricas ajustadas, com bons resultados de consistência interna ($\alpha_{\text{interiorização}} = .88$ e $\alpha_{\text{conhecimento}} = .85$) (39,94) e neste estudo revelou ser, também, uma medida fiável ($\alpha_{\text{interiorização}} = .90$ e $\alpha_{\text{conhecimento}} = .88$).

- d) *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsden & Greenberg, 1987, versão portuguesa validada por Neves, Soares & Silva, 1999 - **Anexo 3**) Este questionário é constituído por 75 itens divididos em três subescalas e permite avaliar a qualidade da vinculação, nomeadamente as dimensões comportamentais, cognitivas e afetivas das relações com as figuras de vinculação: pai, mãe e pares. (95-97). Cada subescala, cotada independentemente, tem 25 itens que avaliam três dimensões: confiança, comunicação e alienação. O formato de resposta é de *Likert* de 5 pontos que varia de “nunca ou quase nunca” até “sempre ou quase”. (21,95,98-100) A interpretação dos resultados é feita através do cálculo da média dos itens de cada subescala, tendo em conta a inversão dos itens relativos à dimensão alienação.

A análise fatorial exploratória da versão portuguesa do IPPA indicou que os itens 9, 14, 18 e 23 relativos à subescala materna e paterna e os itens 4, 10, 11, 18, 22 e 23 relativos à subescala pares deveriam ser excluídos. A versão portuguesa do IPPA demonstrou ter características psicométricas ajustadas com bons resultados de consistência interna ($\alpha_{\text{mãe}} = .92$, $\alpha_{\text{pai}} = .95$ e $\alpha_{\text{pares}} = .93$) (97) e neste estudo revelou ser, também, uma medida fiável ($\alpha_{\text{mãe}} = .89$, $\alpha_{\text{pai}} = .94$ e $\alpha_{\text{pares}} = .93$).

- e) *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994, versão portuguesa validada por Machado et al., 2014 - **Anexo 4**) O EDE-Q foi desenvolvido a partir do *Eating Disorder Examination Interview* (Fairburn & Cooper, 1993) e permite avaliar, com referência aos últimos 28 dias, a psicopatologia das perturbações de comportamento e atitudes alimentares. (76,101,102) É constituído por 28 itens, onde 6 itens identificam características comportamentais de perturbações alimentares em termos de frequência ou dias em que o comportamento ocorreu, e 22 itens pontuados numa escala de *Likert* de 7 pontos que avaliam a gravidade dos sintomas das perturbações alimentares em 4 subescalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso corporal e preocupação com a forma corporal. (16,101,102) Pontuações mais altas em cada uma das subescalas indicam maior propensão para PCA. A pontuação global é igual à média das médias finais de cada uma das 4 subescalas. (101,103)

A versão portuguesa do EDE-Q demonstrou ter características psicométricas ajustadas com bons resultados de consistência interna ($\alpha_{\text{global}} = .94$; $\alpha_{\text{restrição alimentar}} = .79$; $\alpha_{\text{preoc_alimentar}} = .72$; $\alpha_{\text{preoc_peso}} = .80$; $\alpha_{\text{preoc_forma}} = .90$) (101), o que se verificou, também, neste estudo ($\alpha_{\text{global}} = .95$; $\alpha_{\text{restrição}} = .84$; $\alpha_{\text{preoc_alimentar}} = .75$; $\alpha_{\text{preoc_peso}} = .85$; $\alpha_{\text{preoc_forma}} = .93$).

3. PROCEDIMENTOS

3.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada pela investigadora, de forma direta, nos dias 3 e 4 de Outubro de 2016, como apresentado no cronograma (**Apêndice C**).

De acordo com a disponibilidade horária das turmas, em períodos de 45 minutos, os estudantes que reuniram os critérios de inclusão, com autorização dos encarregados de educação para participar no estudo foram pesados e medidos, numa balança com estadiómetro incorporado localizada numa sala selecionada para o efeito, e encaminhados posteriormente para a sala de informática onde realizaram, em aproximadamente 30 minutos, o preenchimento *online* do protocolo de investigação construído para o presente estudo.

3.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa de análise estatística IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 24.0.

Para caracterizar os participantes foi utilizada a análise estatística descritiva univariada, através de tabelas de frequências adequadas à natureza dos dados. Seguidamente foram efetuadas análises diferenciais, através dos testes *t* de Student, e análise de variância (ANOVAS) com o intuito de explorar eventuais efeitos do sexo, da idade, do IMC, das variáveis socioculturais e das relações de vinculação na insatisfação com a IC e PCA. Finalmente foi testado um modelo de regressão multinomial, de forma a explorar quais os melhores preditores ou variáveis explicativas tendo como variável dependente 3 grupos de risco (o de menor risco, o de risco intermédio e o de maior risco).

Recorreu-se à estatística paramétrica, uma vez que, o número de participantes é superior a 30. No entanto, quando os pressupostos inerentes a estes testes (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias) não foram assegurados, prosseguiu-se a análise com recurso a testes não paramétricos. Ainda assim, quando os resultados obtidos pelos dois testes foram similares, optou-se por relatar os dados dos testes paramétricos.

Em todas as análises foi utilizado como referência o nível de significância de $p \leq 0.05$.

3.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML) (**Anexo 5**), pela Direção-Geral da Educação (DGE) (**Anexo 6**), pela Direção do AEM (**Anexo 7**) e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (ver o **Anexo 8**). Todos os estudantes que participaram no estudo entregaram o consentimento informado, livre e esclarecido autorizado pelos encarregados de educação (ver o **Apêndice D**).

As versões portuguesas dos instrumentos utilizados neste estudo tiveram, também, a devida autorização dos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De seguida serão refletidos os principais resultados deste estudo, tendo em conta os objetivos e hipóteses previamente definidos, à medida que estes forem sendo apresentados.

Após a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, já anteriormente apresentada, considerou-se pertinente explorar qual a posição dos participantes no que respeita às variáveis principais do estudo, realizando-se, para isso, uma análise (a) dos comportamentos alimentares, (b) da suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza (SATAQ-R), (c) da vinculação aos pais e pares (IPPA) e (d) dos padrões alimentares (EDE-Q).

(a) Relativamente às questões sobre **comportamentos alimentares (Apêndice E)**, quando inquirida a redução da ingestão alimentar devido à preocupação com a forma e peso corporal 43,0% (46/107) dos participantes responderam “sim” e quanto ao medo intenso em aumentar de peso 43,9% (47/107) responderam afirmativamente. De acordo com este questionário, 43,9% (47/107) dos participantes referiram já ter acontecido um episódio de ingestão alimentar, num curto espaço de tempo, de uma quantidade que as outras pessoas considerariam exagerada. Destes, nos últimos três meses, 34,0% (16/47) referiu não ter ocorrido o episódio, 53,2% (25/47) referiu mensalmente, 10,6% (5/47) referiu semanalmente e 2,10% (1/47) referiu diariamente. Ainda neste grupo, 46,8% (22/47) dos participantes referiu não ter controlo durante estes episódios.

No que concerne a comportamentos compensatórios, a toma de comprimidos para emagrecer foi positiva em 0,90% (1/107) dos participantes, que o referiu fazer diariamente nos últimos três meses. Quanto à toma de diuréticos, 1,90% (2/107) dos participantes respondeu “sim”, sendo que destes um caso o fazia diariamente e o outro caso não o teria feito nos últimos três meses. Relativamente à prática do vômito, 7,50% (8/107) dos participantes responderam afirmativamente, onde 87,5% (7/8) referiram que nos últimos três meses não o teriam praticado e 12,5% (1/8) o praticavam mensalmente. No que se refere à toma de laxantes, 0,90% (1/107) dos participantes responderam que já o teriam feito, mas que não ocorrera nos últimos três meses. Quanto ao jejum, 14,0% (15/107) dos participantes responderam “sim”, sendo que 33,3% (5/15) não referiu ter feito nos últimos três meses, 53,3% (8/15) referiu mensalmente, 6,70% (1/15) referiu semanalmente e 6,70% (1/15) referiu diariamente. Por fim, quando questionados sobre a prática de exercício físico para controlo de peso, 63,6% (68/107) dos participantes respondeu que o fazia, sendo que 7,40% (5/68) não o teria feito nos últimos três meses, 20,6% (14/68) o fazia mensalmente, 47,1% (32/68) o fazia semanalmente e 25,0% (17/68) o fazia diariamente.

Quanto à insatisfação corporal, 32,7% (35/107) dos participantes respondeu não estar satisfeito com o corpo que tem e destes, 62,9% (22/35) referiu que tal seria porque se achava gordo(a). Tal como é demonstrado na **Tabela 2**, e descrito na literatura (39,85,87), o sexo feminino demonstra maior insatisfação, no entanto

contrariamente a outros estudos (83), o maior número de casos de adolescentes insatisfeitos não se situa nas classes de pré obesidade e obesidade.

Tabela 2. Insatisfação corporal de acordo com o percentil de IMC e sexo.

Percentil IMC	Insatisfação corporal	
	Masculino	Feminino
Baixo peso ($p < 5$)	1	0
Peso saudável (≥ 5 $p < 85$)	6	14
Excesso de peso (≥ 85 $p < 95$)	2	7
Obesidade ($p \geq 95$)	2	3
Total por sexo	11	24
Total participantes	32,7% (35/107)	

Por fim, 82,2% (88/107) dos participantes indicou que o que sente em relação à sua forma corporal não interfere com a sua vida social.

Quando exploradas as diferenças por sexo, através do teste qui-quadrado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas questões sobre o medo intenso em aumentar de peso e sobre a prática de jejum e exercício físico para controlo de peso, onde a expressão foi maior nas raparigas, resultados que são corroborados com outros estudos. (79,84,104)

De forma a responder à primeira questão de investigação deste estudo (*Qual é a prevalência de PCA no concelho de Manteigas*), foram pesquisados casos de AN e BN através de filtros de respostas realizados na base de dados em formato Excel®.

Relativamente à pesquisa de casos de AN, foi detetado um participante do sexo masculino com 13 anos que referiu redução da ingestão alimentar, apresentou peso inferior ao percentil 5 de IMC (critério A), indicou medo de aumentar de peso, mesmo quando existe perda de peso (critério B) mas, no entanto, mostrou estar satisfeito com o seu corpo. Assim, analisando os comportamentos alimentares dos participantes, e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5, este caso pode ser considerado uma PCASOE, pois apresenta algumas características da perturbação referida mas não satisfaz todos os critérios. (3)

No que respeita à pesquisa de casos de BN, foram detetados 4 casos de compulsão alimentar, com falta de controlo, com uma frequência mínima de

uma vez por semana durante os últimos três meses (critério A e C). Desses, (a) 2 apresentaram o exercício físico como meio de controlo de peso, mas sem frequência ou tempo excessivo para se considerar método compensatório impeditivo de ganho de peso, e (b) 2 apresentaram prática de jejum como método para controlo de peso (critério B e C), no entanto, apenas 1 deles cumpriu a frequência mínima de uma vez por semana para ser considerado método compensatório (critério C). Este participante, do sexo feminino com 14 anos, apresentou excesso de peso e insatisfação corporal por se achar “muito gorda” (critério D). Assim, analisando os comportamentos alimentares dos participantes, e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5, podemos indicar 1 possível caso de BN, apresentando uma prevalência de 0,93% desta PCA na população-alvo deste estudo. Contudo, fica a ressalva de que não foi dada definição de jejum aos participantes.

Assim, relativamente à **HI** (*Espera-se uma prevalência de PCA mais elevada no sexo feminino, próxima de 0,3% para a AN e de 1% para a BN, com uma predominância de casos situados entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para BN*) esta foi parcialmente confirmada, uma vez que não foi detetado nenhum caso de AN e o intervalo de idades para a BN foi inferior.

- (b) Relativamente à análise da **suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza**, no que respeita aos níveis de conhecimento dos padrões da aparência física social medidos pelo SATAQ-R, que podem variar entre 1,00 (Totalmente em desacordo) e 5,00 (Totalmente de acordo), os participantes apresentaram uma média de 3,13 ($DP=0,88$) (**Tabela 3**). Quanto aos níveis de interiorização dos mesmos padrões também medidos pelo SATAQ-R, que podem variar entre 1,00 (Totalmente em desacordo) e 5,00 (Totalmente de acordo), os participantes apresentaram uma média de 2,35 ($DP=1,04$) (**Tabela 3**). Assim, no que respeita à pressão sociocultural sobre a IC dos participantes pode verificar-se que existe conhecimento dos padrões da aparência física, no entanto, a interiorização dos mesmos é moderadamente baixa (ligeiramente abaixo do ponto médio da escala).

Contrariamente ao esperado, e ao descrito em outros estudos (39,84,85), o sexo masculino apresentou níveis ligeiramente mais elevados em ambas as dimensões do SATAQ-R. No entanto, quando exploradas as diferenças por sexo, não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os resultados parecem ilustrar que atualmente a veiculação e pressão para determinados ideais de beleza socioculturais é transversal à questão do sexo, com os rapazes a serem, também, pressionados para um ideal físico em que se destaca o porte atlético e moderadamente musculado (31), cada vez mais evidenciado e disseminado nos MCS.

Tabela 3. Distribuição de frequências da variável SATAQ-R

		n	Média (DP)	Mín – Máx	t (gl), p	Cohen's d
SATAQ-R Interiorização	M	43	2,40 (1,11)	1,00 - 5,00	0,43 (105), 0,67	0,09
	F	64	2,31 (0,99)	1,00 - 5,00		
	Total	107	2,35 (1,04)	1,00 - 5,00		
SATAQ-R Conhecimento	M	43	3,16 (0,79)	1,00 - 5,00	0,29 (105), 0,78	0,058
	F	64	3,11 (0,93)	1,00 - 5,00		
	Total	107	3,13 (0,88)	1,00 - 5,00		

Notas: **M** = Sexo masculino, **F** = Sexo feminino; **Mín** = Mínimo, **Máx** = Máximo.

- (c) No que respeita às relações de **vinculação aos pais e pares**, dimensões medidas pelo IPPA, as pontuações podem variar entre 1,00 (Nunca ou quase nunca) e 5,00 (Sempre ou quase sempre), tendo-se obtido uma média de 4,01 ($DP=0,63$) para a subescala Mãe, 3,76 ($DP=0,84$) para a subescala Pai e 3,83 ($DP=0,70$) para a subescala Pares (**Tabela 4**). Podemos concluir que os participantes deste estudo apresentam relações de boa qualidade com as figuras de vinculação, encontrando-se os valores próximos do ponto médio da escala, ou um pouco acima, no caso da relação com a mãe.

Quando exploradas as diferenças por sexo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável IPPA. No entanto, os valores do tamanho do efeito nas dimensões Mãe e Pares ($d = 0,32$) sugerem um significado clínico médio do efeito do sexo na vinculação à mãe e aos pares. Isto é, os resultados sugerem que o sexo feminino apresenta uma maior proximidade emocional com a figura materna e com os pares, quando comparado com o sexo masculino. Estes achados vão de encontro ao descrito na literatura, que indica que as raparigas tendem a identificar-se mais com a sua mãe do que com o pai, não só porque é a figura parental do mesmo sexo, mas também porque estará mais envolvida nos cuidados dos filhos e é considerada a figura parental mais disponível e próxima emocionalmente. (61) No presente estudo, estes resultados

indicam proteção, uma vez que a relação com a mãe é de boa qualidade. Relativamente à relação com o Pai, a literatura sugere menor atenção e proximidade emocional (105) que estará associado aos papéis tradicionais de género e a questões culturais e geracionais, já que o pai continua a assumir em alguns contextos da nossa cultura um papel mais instrumental. No que respeita à relação com os pares, os participantes revelaram uma boa relação com os pares, particularmente as raparigas.

Tabela 4. Distribuição de frequências da variável IPPA.

		n	Média (DP)	Mín - Máx	t (gl), p	Cohen's d
IPPA Mãe	M	43	3,89 (0,59)	2,43 - 5,00	-1,66 (105), 0,10	0,32
	F	64	4,09 (0,65)	1,95 - 5,00		
	Total	107	4,01 (0,63)	1,95 - 5,00		
IPPA Pai	M	43	3,76 (0,70)	1,95 - 5,00	-0,094 (105), 0,93	0,012
	F	64	3,77 (0,92)	1,19 - 5,00		
	Total	107	3,76 (0,84)	1,19 - 5,00		
IPPA Pares	M	43	3,70 (0,63)	2,21 - 4,84	-1,62 (105), 0,11	0,32
	F	64	3,92 (0,73)	1,68 - 4,84		
	Total	107	3,83 (0,70)	1,68 - 4,84		

Notas: **M** = Sexo masculino, **F** = Sexo feminino; **Mín** = Mínimo, **Máx** = Máximo.

(d) No que concerne aos **padrões alimentares** medidos pelo EDE-Q, cuja pontuação pode variar entre 0,00 (Nenhum/Nada) e 6,00 (Todos os dias/Extremamente), a média total obtida foi de 1,04 ($DP=1,23$) (**Tabela 5**). Relativamente às subescalas que o compõem, a restrição alimentar apresentou uma média de 0,80 ($DP=1,31$), a preocupação alimentar de 0,53 ($DP=0,92$), a preocupação com a forma corporal de 1,28 ($DP=1,58$) e a preocupação com o peso corporal de 1,54 ($DP=1,69$). Deste modo podemos concluir que os participantes deste estudo apresentam baixo risco para o desenvolvimento de PCA.

Quando exploradas as diferenças por sexo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis EDE-Q *preocupação peso corporal* e EDE-Q *total* e diferenças marginalmente significativas na variável EDE-Q *preocupação forma corporal*. Os valores de *Cohen's effect size* apoiam o significado clínico moderado da variável EDE-Q *preocupação forma corporal* e valoriza a variável EDE-Q *restrição*

alimentar. Ou seja, consistente com o indicado pela literatura, o sexo feminino apresenta maior preocupação com o peso e forma corporal, restrição alimentar e risco de PCA do que o sexo masculino. (79,104)

Tabela 5. Distribuição de frequências da variável EDE-Q.

		n	Média (DP)	Mín – Máx	t (gl), p	Cohen's d
EDE-Q Restrição alimentar	M	43	0,51 (0,88)	0,00 - 2,80	-1,88 (105), 0,064	0,39
	F	64	0,99 (1,51)	0,00 - 5,80		
	Total	107	0,80 (1,31)	0,00 - 5,80		
EDE-Q Preocupação alimentar	M	43	0,43 (0,76)	0,00 - 3,20	-0,91 (105), 0,37	0,19
	F	64	0,60 (1,01)	0,00 - 4,40		
	Total	107	0,53 (0,92)	0,00 - 4,40		
EDE-Q Preocupação forma corporal	M	43	0,92 (1,35)	0,00 - 4,63	-1,95 (105), 0,054	0,39
	F	64	1,52 (1,69)	0,00 - 5,63		
	Total	107	1,28 (1,58)	0,00 - 5,63		
EDE-Q Preocupação peso corporal	M	43	1,13 (1,40)	0,00 - 4,75	-2,09 (105), 0,039	0,42
	F	64	1,82 (1,82)	0,00 - 6,00		
	Total	107	1,54 (1,69)	0,00 - 6,00		
EDE-Q Total	M	43	0,75 (0,94)	0,00 - 3,34	-2,01 (105), 0,047	0,41
	F	64	1,23 (1,37)	0,00 - 5,33		
	Total	107	1,04 (1,23)	0,00 - 5,33		

Notas: **M** = Sexo masculino, **F** = Sexo feminino; **Mín** = Mínimo, **Máx** = Máximo

1. FATORES DE RISCO DA IC E PCA

Está descrito na literatura que valores mais elevados da pontuação global do EDE-Q indicam maior propensão/risco para desenvolver PCA. (80,101,106) Deste modo, foram criados três grupos, que representam níveis diferentes de risco de PCA⁴: o grupo de Menor Risco, representando os participantes mais satisfeitos com as dimensões avaliadas no EDE-Q (n= 40), o grupo Intermédio (n= 38) e o grupo de Maior Risco (n= 29). Para se avaliarem os efeitos das variáveis socioculturais nestes três grupos e se explorarem eventuais diferenças entre eles, foram realizadas análises de variância

⁴ Optou-se por dicotomizar as 4 dimensões do EDE, tendo como ponto de corte a mediana (ponto médio). Criou-se então uma variável com 3 grupos (grupo 1 em nenhuma das dimensões os sujeitos estiveram acima da mediana (n=40); grupo 2, aqueles que obtiveram valores intermédios nas dimensões do EDE (n= 38) e o grupo 3, os que tiveram valores acima da mediana nas 4 dimensões do EDE (n= 29).

(ANOVA). Quando as diferenças foram estatisticamente significativas recorreu-se ao teste de Tukey para as análises de comparações múltiplas.

Por forma responder ao segundo objetivo deste estudo e a testar a **H2 (a)** (*Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA sejam (a) predominantemente do sexo feminino*), foi realizado o teste de qui-quadrado. Contrariamente ao esperado e descrito em alguns estudos (78,79) os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre sexos nos três grupos de risco [$\chi^2(2) = 2,86$; $p = 0,24$]. De acordo com o já referido, os rapazes têm vindo ao longo do tempo a sofrer cada vez mais pressões socioculturais para atingir um corpo atlético e musculado, o que pode conduzir a comportamentos desviantes preditores de PCA de forma a alcançar o padrão de atratividade (31,32,43), daí que os resultados deste estudo não apontem diferenças entre sexo.

Quanto a **H2 (b)** (*Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA sejam de uma faixa etária mais baixa*), foram criados dois grupos: o grupo dos Mais novos (≤ 15 anos) e o grupo dos Mais velhos (≥ 16 anos) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Diferentes grupos de risco em função da idade.

	n Mais novos (≤ 15 anos)	n Mais velho (≥ 16 anos)	Total
Grupo de Menor Risco	30	10	40
Grupo de Risco Intermédio	22	16	38
Grupo de Maior Risco	21	8	29
Total	73	34	107

Através do teste de qui-quadrado, os resultados não evidenciaram diferenças significativas nos três grupos [$\chi^2(2) = 2,95$; $p = 0,23$]. No entanto, na análise descritiva das idades dentro do grupo de maior risco ($n=29$), verificou-se que, na sua grande maioria, os participantes têm 14 anos ($n=12$), o que é reforçado pela investigação como a idade de maior risco para PCA. (7) No entanto, como já referido, uma vez que a predominância de casos diagnosticados se situa entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para BN (12,13), e apesar de haver um pico de risco aos 14 anos (6,7,10), a insatisfação com a IC pode começar desde cedo e acompanhar os indivíduos ao longo de seu desenvolvimento, sendo mais saliente na altura das transformações físicas que caracterizam a puberdade (21), e onde devem ser incididos os programas preventivos.

Relativamente à **H2 (c)** (*Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA apresentem níveis de IMC superiores*), a comparação de grupos por ANOVA revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos. Especificamente, através dos testes *post hoc*, percebemos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio e entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco, não havendo diferenças significativas entre o grupo de maior risco com o grupo de risco intermédio (**Tabela 7**). Assim, e tal como esperado, o peso parece ser um fator de risco relevante para a insatisfação com a IC e desenvolvimento de PCA, o que tem sido corroborado pela literatura. (21,29,48,81-83)

Da mesma forma, e tal como esperado pela **H2 (d)** (*Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA apresentem maior nível de conhecimento e interiorização das influências socioculturais*), foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os três grupos. Observando os três grupos, notamos que existe diferença estatisticamente significativa entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco e entre o grupo de maior risco e o grupo de risco intermédio, não havendo diferenças significativas entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio (**Tabela 7**). Assim, os adolescentes com níveis mais elevados de conhecimento e interiorização do ideal de beleza social parecem ser aqueles que estarão em maior risco de desenvolver comportamentos de risco, insatisfação com a IC e PCA, tal como indica grande parte da investigação nesta área. (39,42,46,84,85)

Finalmente, no que diz respeito às relações de vinculação e à análise da **H2 (e)** (*Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA apresentem relações de vinculação com o pai, mãe e pares com menor qualidade*), esta foi parcialmente confirmada, mais precisamente quanto à relação com a figura materna e paterna. Contudo, não se verificaram diferenças entre os 3 grupos de risco relativamente à relação com os pares (**Tabela 7**). Efetivamente, nas dimensões do IPPA, e nas subescalas Mãe e Pai, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, mais precisamente entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio e entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco, não havendo diferenças significativas entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio quer na relação com a mãe quer com o pai. Assim, tal como a investigação parece evidenciar, os adolescentes mais satisfeitos com o seu corpo e com menos

comportamentos de risco quanto ao desenvolvimento de PCA, parecem ser aqueles que se caracterizam por relações parentais mais significativas e percecionadas como de qualidade e de confiança (21,37,86,87). Quanto à vinculação aos *Pares*, contrariamente ao esperado e indicado pela literatura em diversos estudos e metodologias (16,69), não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa entre os três grupos e o significado clínico apresentado (η^2) também se revelou fraco/baixo. Ou seja, neste estudo a relação de vinculação com os pares não apresentou impacto no risco de PCA.

Tabela 7. Diferenças nos diferentes grupos de risco (ANOVAs), em função do IMC e das variáveis socioculturais (internalização, conhecimento, vinculação à mãe, ao pai e aos pares).

Variáveis	Menor risco (n=40) M (DP)	Risco Intermédio (n=38) M (DP)	Maior risco (n=29) M (DP)	F	p	η^2
IMC	b 19,7 (3,60)	a 21,8 (3,51)	a 22,0 (3,89)	4,58	0,012	0,08
SATAQ-R. Interiorização	b 1,99 (0,95)	b 2,13 (0,78)	a 3,13 (1,05)	14,5	< 0,001	0,22
SATAQ-R. Conhecimento	b 2,80 (0,85)	b 2,99 (0,83)	a 3,77 (0,64)	13,6	< 0,001	0,21
IPPA Mãe	a 4,29 (0,48)	b 3,93 (0,65)	b 3,72 (0,65)	8,14	0,001	0,14
IPPA Pai	a 4,12 (0,63)	b 3,67 (0,85)	b 3,40 (0,90)	7,52	0,001	0,13
IPPA Pares	3,96 (0,67)	3,71 (0,73)	3,82 (0,67)	1,26	0,288	0,02

Nota: letras diferentes indicam diferenças significativas no teste Tukey

2. FATORES DE RISCO DA IC E PCA: MODELO DE PREDIÇÃO

De forma a explorar os melhores preditores de risco, e a responder à segunda questão de investigação deste estudo, tendo em conta os 3 grupos criados anteriormente, foi realizada uma análise de regressão logística multinominal apresentada na **Tabela 8**, tendo como variável dependente os três grupos de risco e como preditores ou variáveis explicativas o sexo, a idade, o IMC, as pressões dos *media* (interiorização e conhecimento) e a vinculação ao pai, à mãe e aos pares. A categoria de referência é o grupo de maior risco.

Tabela 8. Modelo de regressão logística multinominal relacionando os grupos de risco de PCA com o sexo, idade, IMC e as pressões dos *media* (interiorização e conhecimento) e a vinculação ao pai, à mãe e aos pares.

Grupo	Variável	B ^a	Significância (valor <i>p</i>) ^b	OR ^c	IC 95% OR ^d	
					Lim. Inf.	Lim. Sup.
Menor Risco vs Maior Risco	Sexo (F)	- 1,61	0,021	0,20	0,051	0,78
	Idade	- 0,036	0,844	0,97	0,67	1,38
	IMC	- 0,15	0,11	0,86	0,71	1,03
	SATAQ – Interiorização	- 0,82	0,050	0,44	0,19	1,00
	SATAQ – Conhecimento	- 0,68	0,18	0,51	0,19	1,38
	IPPA _{Mãe}	1,46	0,030	4,31	1,15	16,1
	IPPA _{Pai}	0,38	0,44	1,46	0,56	3,81
	IPPA _{Pares}	- 0,038	0,94	0,96	0,37	2,49
Risco Intermédio vs Maior Risco	Sexo (F)	- 0,81	0,20	0,45	0,13	1,52
	Idade	0,18	0,30	1,20	0,86	1,67
	IMC	- 0,047	0,60	0,95	0,80	1,14
	SATAQ – Interiorização	- 0,68	0,050	0,50	0,25	1,00
	SATAQ – Conhecimento	- 0,78	0,086	0,46	0,19	1,12
	IPPA _{Mãe}	0,54	0,35	1,71	0,56	5,23
	IPPA _{Pai}	- 0,12	0,78	0,89	0,40	1,98
	IPPA _{Pares}	- 0,29	0,50	0,75	0,32	1,74

Nota: Sexo (0 – masculino e 1 – feminino); ^a B = Coeficiente de regressão ^b $p \leq 0,05$; ^c OR = Odds Ratio; ^d IC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

O modelo de regressão logística é estatisticamente significativo [$\chi^2(16) = 56,6, p < .001$] e as variáveis explicam 46,3% (Nagelkerke R^2) da variabilidade do risco de desenvolvimento de PCA.

Relativamente aos resultados deste modelo, e tal como se pode ver na **Tabela 8**, existe evidência estatisticamente significativa de que o *sexo*, a *interiorização dos ideais de beleza social* e a *relação de vinculação com a mãe* são os melhores preditores de risco de insatisfação com a IC e PCA, quando comparado o grupo de menor risco com o grupo de maior risco. Os resultados indicam que por cada unidade incrementada no IPPA – relação com a mãe, a *chance* de pertencer ao grupo de menor risco é 4,31 (IC 1,15-16,1) vezes superior quando comparada com o grupo de maior risco. Isto é, o grupo de menor risco apresenta valores de vinculação à mãe superiores, quando

comparado com os adolescentes pertencentes ao grupo de maior risco. No que respeita à interiorização dos ideais de beleza social, verificou-se que um nível inferior de interiorização conduz a uma redução do risco de 0,44 (IC 0,19-1,00) vezes no desenvolvimento de insatisfação com a IC e PCA. No que concerne ao sexo, o masculino apresenta 0,20 (IC 0,051-0,78) vezes menos risco. Assim estas variáveis apresentam um efeito protetor.

No que respeita à comparação do grupo de risco intermédio com o grupo de maior risco apenas a *interiorização dos ideais de beleza social* apresenta relação estatisticamente significativa. Os resultados indicam que menor interiorização dos ideais de beleza social conduz a uma redução de 0,50 (IC 0,25-1,00) vezes do risco, conferindo assim efeito protetor.

Para terminar, e respondendo à última questão de investigação (*Qual o preditor de risco de PCA mais forte?*), podemos indicar a qualidade da relação com a mãe como o preditor mais saliente neste estudo (OR = 4,31), ressaltando-se o papel protetor que a relação com a figura materna pode ter na prevenção da insatisfação com a IC e de PCA.

CONCLUSÕES

Com este trabalho pretendia-se determinar a prevalência das PCA e estudar os potenciais fatores de risco, propostos pelo modelo de influência tripartido, para insatisfação com a IC e PCA em adolescentes num contexto não predominantemente urbano e metropolitano, mas sim com predominância rural.

De acordo com as questões sobre comportamentos alimentares e os critérios do DSM-5 foi detetado 1 caso de PCA SOE e 1 possível caso de BN. Relativamente às variáveis em estudo do modelo de influência tripartido, quando observados em conjunto, os resultados permitem concluir que, em média, a influência sociocultural nos participantes sobre a IC é moderadamente baixa, as relações com as figuras de vinculação são de boa qualidade, em maior evidência com a mãe, talvez por esta ser geralmente a primeira e principal figura de vinculação, e os padrões alimentares demonstraram baixo risco para o desenvolvimento de PCA. Desta forma, o risco de desenvolvimento de insatisfação com a IC e PCA nesta população é baixo. Após estratificação da análise de variáveis por níveis de risco, observou-se, conforme

esperado, que o grupo com mais risco apresenta, de forma estatisticamente significativa, um IMC mais elevado, níveis de conhecimento e interiorização das influências socioculturais mais elevados e uma pior qualidade das relações de vinculação com os pais. Contrariamente, não se verificaram diferenças para as variáveis sexo, grupo etário e relações de vinculação com os pares. Quanto aos preditores de risco mais significativos para insatisfação com a IC e PCA, foram encontrados o sexo feminino, a interiorização dos ideais socioculturais de beleza e a relação de vinculação com a mãe.

Como já referido, o risco de desenvolver insatisfação com a IC e PCA nesta população é baixo, talvez pelo facto da mesma se encontrar num meio com predominância rural onde, de acordo com a literatura, a exposição aos diversos MCS e a pressão relacionada com ideais de aparência social e a interiorização dos mesmos é menor, quando comparada com meios predominantemente urbanos, conferindo-lhes assim proteção. (107) Não obstante, um dado interessante, e que apoia estes resultados, é o facto de o Concelho em causa se localizar sensivelmente a 43,5km da cidade mais próxima que disponibiliza o acesso às cadeias de pronto a vestir mais populares (e.g., *Zara*[®], *Mango*[®]). No entanto, viver num meio predominantemente rural aumenta a distância de acesso a serviços com equipas multidisciplinares especializadas para o tratamento de PCA (mesmo em menor número), sendo este um ponto a focar relativamente aos serviços de saúde. A progressão da doença pode ser maior até chegar aos cuidados especializados e pode afetar os resultados de sucesso no tratamento e implicar maiores complicações de saúde. (108,109)

Neste sentido, e em consistência com os resultados deste estudo, existe uma necessidade de apostar desde cedo em programas de prevenção, particularmente para o sexo feminino, focalizados na promoção de uma IC positiva. Seria importante intervir nos principais contextos de socialização dos adolescentes, nomeadamente nas escolas e na família, por forma a educar a sociedade a questionar e reconsiderar o valor da aparência. Um objetivo importante nos programas de prevenção será o desenvolvimento do sentido crítico, com a promoção e reflexão em grupo (grupos mistos) dos ideais de beleza veiculados pelos MCS, qual a sua natureza, como são manipulados, como os interiorizamos, para, de forma mais consciente, os adolescentes avaliarem as imagens transmitidas pelos MCS, com vista a desmistificar e desacreditar os ideais de corpo socialmente impostos. Outras ações, em termos sociopolíticos, já têm sido desenvolvidas no sentido de se tornarem os ideais mais realistas e acessíveis aos jovens;

nomeadamente em Israel, que definiu obrigatoriedade para as suas modelos de um IMC mínimo de 18,5 ou, mais recentemente, a França que instituiu uma lei que impede a contratação de modelos excessivamente magras, cuja definição ao detalhe dos valores de IMC das modelos ainda está por indicar, e a obrigatoriedade de indicação nos MCS de imagens manipuladas. Medidas como estas permitem que o ideal corporal se torne mais verdadeiro/realista o que levará a uma redução da insatisfação corporal e dos comportamentos alimentares desviantes.

Como já referido, os pais têm um papel robusto como agentes de socialização e influenciam a IC dos seus filhos através da modelagem, do feedback e da informação/instrução. (61) As famílias de jovens com perturbações da IC são percecionadas pelos filhos como menos empáticas, menos apoiantes, mais conflituosas e menos afetuosas. (61) Estudos sugerem que estas famílias tendem a ter uma comunicação pobre, que não fomenta a expressão e comunicação abertas, o que pode afetar a IC dos seus filhos. (61) Os resultados reforçam a importância da qualidade da relação mantida, particularmente com a mãe, salientando-se que, quando não existe confiança nas figuras de vinculação, a perceção de que são apoiantes, abertura e respeito pelas opiniões e ideias do adolescente, este tende a sentir-se mais inseguro, mais insatisfeito com o seu corpo e a centrar-se mais na aparência, talvez como forma de ser valorizado e respeitado, nomeadamente noutros contextos, ou por outros agentes de socialização como os pares. (61)

Quanto à relação com aos pares, tal como já indicado, estes podem promover pressão acerca do peso e forma corporal, cultivando o ideal de magreza e influenciando a IC. Deste modo, as relações familiares e com pares de qualidade são de extrema importância para a promoção de uma IC positiva, sendo por isso de interesse incluir os pais nos programas de prevenção, através da sua educação e sensibilização para questões relacionadas com o corpo e para a importância da proximidade emocional e de como o sentimento de segurança pode ajudar os filhos a sentirem-se bem com o seu corpo.

Todavia, como em qualquer investigação, devem ser consideradas algumas limitações. Por um lado, um aspeto a ressaltar é referente à definição de jejum, que não foi apontada nas questões sobre comportamentos alimentares, não tendo sido indicado o período de tempo que este comportamento teria de ocorrer, deixando que o mesmo fosse interpretado pelos participantes (e.g., omissão de uma refeição principal), o que poderá

ter tido repercussões na contabilização dos casos de PCA; por outro lado, as respostas dos participantes sobre as suas relações com os pais apenas mostram o seu ponto de vista sobre a relação que poderá não ir ao encontro da perceção da mesma pelas figuras parentais; por fim, a ausência da avaliação da autoestima neste estudo, mas que se encontra presente no modelo de influência tripartido mais recente.

Neste sentido, futuramente, e uma vez que este estudo foi transversal, seria interessante acompanhar estes participantes e realizar nova avaliação após entrada no ensino superior, altura em que efetivamente é necessário sair para um meio predominantemente urbano para progredir academicamente, e comparar os resultados. Relativamente ao tratamento das PCA, mais pesquisas terão de ser feitas para perceber se de facto os resultados no tratamento são menores, quando comparados a meios predominantemente urbanos. Por último, seria ainda pertinente realizar uma análise qualitativa dos dados, nomeadamente a participantes com menor risco e maior risco de PCA, para se tentar ter uma melhor compreensão dos processos implicados nestas relações e de outras variáveis, por exemplo explorar a natureza das pressões percebidas pelos adolescentes, como é que a autoestima, a personalidade dos participantes e outras características dos seus contextos de vida interagem e influenciam de forma diferenciada um e outro grupo de adolescentes. Efetivamente uma abordagem qualitativa aprofundada poderá ajudar a elucidar como as mensagens dos media são transmitidas aos adolescentes- mais informações são necessárias para entender melhor como diferentes tipos de media (e.g., *reality shows* de televisão, revistas de moda) se traduzem em pressões percebidas para perder peso ou ganhar músculo para adolescentes. Informações mais detalhadas sobre as fontes de pressão podem ajudar-nos a evitar que os adolescentes interpretem as mensagens de outros como indutores de pressão e diminuam a probabilidade de aumento dos riscos para a saúde. Finalmente, a pesquisa futura deve examinar mais detalhadamente o papel de diferentes membros da família em exercer pressão para perder peso ou ganho muscular. Estudos anteriores sugerem que, embora ambos os pais desempenhem um papel importante na vivência corporal dos adolescentes, no que respeita ao corpo e ao peso dos adolescentes, as contribuições das mães e dos pais são únicas e têm efeitos diferentes sobre filhas *versus* filhos (61,110). Da mesma forma, ao invés de se explorarem as influências dos amigos em geral, seria interessante identificar as pressões de amigos do mesmo sexo e do sexo oposto (77); estes últimos podem exercer maior influência devido à conexão entre

aparência e normas culturais de namoro heterossexual. Ademais, a modelagem das atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais dos pais, a comparação entre irmãos e a natureza das brincadeiras também devem ser objeto de estudo.

Apesar destas limitações, pode-se concluir que o modelo de influência tripartido mostra grande potencial como base integrante na definição de estratégias políticas de prevenção, bem como os questionários utilizados neste estudo, como ferramentas para a deteção precoce de possíveis grupos de risco onde é de extrema importância incidir estas metodologias educativas e preventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magallares A. Social risk factors related to eating disorders in women. *Rev Latinoam Psicol.* 2013 Mar; 45(1): 147-54.
2. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Res.* 2015 Mar; 227(1): 52-7.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. p.338-54.
4. Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM, Ikram H, Asghar MW, Kajal D et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci.* 2013 Oct; 20(4): 157-61.
5. Fonseca H. Perturbações do Comportamento Alimentar na Adolescência. *Rev Port Clin Geral.* 2011; 27: 203-7.
6. Mustata AE. The risk of eating disorders in adolescence and its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 187: 153-7.
7. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors During Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar 6; 48(2): 187-98.
8. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's: Food, Nutrition, & Diet Therapy. 11th ed. Philadelphia, US: Elsevier Saunders. 2004. p.284-300, 424.
9. WHO. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescent development. [Internet] [Citação: 2 de Julho de 2016.] Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/.
10. Machado P, Soares I, Sampaio D, Torres AR, Gouveia JP, Oliveira CV et al. Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Comportamento Alimentar.* 2004 Jan-Mar; 1(1): 1-8.
11. Dixe MA. Prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar. *Anál Psicol.* 2007; 4 (xxv): 559-69.
12. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res.* 2016 Feb 22; 238: 225-7.

13. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013 May 20; 3: 1-5.
14. Vo M, Lau J, Rubinstein M. Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *J Adolesc Health*. 2016 Oct; 59(4): 397-400.
15. Gonçalves SF, Machado BC, Machado PP. O Papel dos Fatores Socioculturais no Desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar: Uma Revisão da Literatura. *Psicol Saúde Doenças*. 2011; 12(2): 280-97.
16. Gerbasi ME, Richards LK, Thomas JJ, Agnew-Blais JC, Thompson-Brenner H, Gilman SE et al. Globalization and Eating Disorder Risk: Peer Influence, Perceived Social Norms, and Adolescent Disordered Eating in Fiji. *Int J Eat Disord*. 2014 Nov; 47(7); 727–37.
17. Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul; 57(Supplement 2): 286-95.
18. Machado PP, Fernández ML, Gonçalves S, Martins C, Otero MC, Machado BC et al. Eating related problems amongst Iberian female college students. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(3): 495-504.
19. Do Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Santo DP, Neves A et al. Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese Population Study. *Eur Eat Disord Rev*. 1996; 4(3): 157-70.
20. Do Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Santo DP, Neves A et al. Epidemiologia da Anorexia Nervosa. Prevalência da Anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Med Port*. 2001 May-Jun; 14(3): 301-16.
21. Barbosa MR, Matos PM, Costa ME. As Relações de Vinculação e a Imagem Corporal: Exploração de um Modelo. *Psic.: Teor e Pesq*. 2011 Jul-Set; 27(3): 273-82.
22. Khan AN, Khalid S, Khan HI, Jabeen M. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. *BMC Public Health*. 2011 May 24; 11:379.
23. Price B. Body image in adolescents: insights and implications. *Paediatr Nurs*. 2009 Jun; 21(5): 38-43.
24. Lobera IJ, Ríos PB. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med*. 2011 Jan 25; 4: 63-72.

25. Cash TF, Thériault J, Annis NM. Body Image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *J Soc Clin Psychol.* 2004; 23(1): 89-103.
26. Heider N, Spruyt A, De Houwer J. Implicit beliefs about ideal body image predict body image dissatisfaction. *Front Psychol.* 2015 Oct 8; 6(1402): 1-8.
27. Vieira RS, Dal Bosco SM, Grave MT, Adami FS. Perception of body image of adolescents and of their parents in relation to the nutritional status and blood pressure. *Nutr Hosp.* 2015 Apr 1; 31(4): 1839-44.
28. Richetin J, Xaiz A, Maravita A, Perugini M. Self-body recognition depends on implicit and explicit self-esteem. *Body Image.* 2012 Mar; 9(2): 253-60.
29. Papp I, Urbán R, Czeglédi E, Babusa B, Túry F. Testing the Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance among Hungarian adolescents. *Body Image.* 2013 Mar; 10(2): 232–42.
30. Van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coover M. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance - A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res.* 2002 Nov; 53(5): 1007–20.
31. Mustapic J, Marcinko D, Vargek P. Predictors of drive for muscularity among adolescent males. *Stud Psychol.* 2015; 57(3): 203-13.
32. De Jesus AY, Ricciardelli LA, Frisén A, Smolak L, Yager Z, Fuller-Tyszkiewicz M et al. Media internalization and conformity to traditional masculine norms in relation to body image concerns among men. *Eat Behav.* 2015 Aug; 18: 137-42.
33. Curtis C, Loomans C. Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction. *Women's Stud J.* 2014 Dec; 28(2): 39–56.
34. Rodgers R, Chabrol H, Paxton SJ. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image.* 2011 Jun; 8(3): 208–15.
35. Thompson KA, Kelly NR, Schvey NA, Brady SM, Courville AB, Tanofsky-Kraff M, et al. Internalization of appearance ideals mediates the relationship between appearance-related pressures from peers and emotional eating among adolescent boys and girls. *Eat Behav.* 2017 Jan; 24: 66–73.
36. Keery H, Van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image.* 2004 Sep; 1(3): 237-51.

37. Hardit SK, Hannum JW. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image*. 2012 Sep; 9(4): 469–75.
38. Kirsch AC, Shapiro JB, Conley CS, Heinrichs G. Explaining the pathway from familial and peer social support to disordered eating: Is body dissatisfaction the link for male and female adolescents? *Eat Behav*. 2016 Aug; 22: 175-81.
39. Francisco R, Espinoza P, González ML, Penelo E, Mora M, Rosés R et al. Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *J Adolesc*. 2015 Jun; 41:7-16.
40. Homan K, McHugh E, Wells D, Watson C, King C. The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. *Body Image*. 2012 Jan; 9(1): 50-6.
41. Petroff AB, Martz DM, Webb RM, Galloway AT. Predicting ideal body mass index: What does clothing size have to do with it? *Body Image*. 2011 Mar; 8(2): 126-34.
42. Te'eni-Harari T, Eyal K. Liking Them Thin: Adolescents' Favorite Television Characters and Body Image. *J Health Commun*. 2015; 20(5): 607-15.
43. Lopez V, Corona R, Halfond R. Effects of gender, media influences, and traditional gender role orientation on disordered eating and appearance concerns among Latino adolescents. *J Adolesc*. 2013 Aug; 36(4): 727-36.
44. Spurr S, Berry L, Walker K. Exploring Adolescent Views of Body Image: The Influence of Media. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2013; 36(1–2): 17–36.
45. Haboush A, Warren CS, Benuto L. Beauty, Ethnicity, and Age: Does Internalization of Mainstream Media Ideals Influence Attitudes Towards Older Adults? *Sex Roles*. 2012 Dec; 66: 668-76.
46. Tucci S, Peters J. Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*. 2008 Nov; 20(4): 521-4.
47. Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Toro J, Gutiérrez-Maldonado J, Peñaloza C, Cuadros-Sosa Y et al. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*. 2011 Jan; 8(1): 78-81.
48. Holsen I, Jones DC, Birkeland MS. Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body Image*. 2012 Mar; 9(2): 201–8.

49. Ferrari EP, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body mass index and sum of skinfolds: Which is the best predictor of body image dissatisfaction in adolescents? *Rev Andal Med Deporte*. 2016 Sep; 1-5.
50. Amaya-Hernández A, Alvarez-Rayón G, Ortega-Luyando M, Mancilla-Díaz JM. Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2017 Jan-Jun;8(1):31-9.
51. Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodríguez Y, Carrera MV. The Mass Media Exposure and Disordered Eating Behaviours in Spanish Secondary Students. *Eur Eat Disorders Rev*. 2010 Set-Oct; 18(5): 417-27.
52. Bell BT, Dittmar H. Does Media Type Matter? The Role of Identification in Adolescent Girls' Media Consumption and the Impact of Different Thin-Ideal Media on Body Image. *Sex Roles*. 2011 Apr; 65: 478-90.
53. Dawson-Andoh NA, Gray JJ, Soto JA, Parker S. Body shape and size depictions of African American women in JET magazine, 1953–2006. *Body Image*. 2011 Jan; 8(1): 86-9.
54. Hurd Clarke L, Bennett EV, Liu C. Aging and masculinity: portrayals in men's magazines. *J Aging Stud*. 2014 Dec; 31: 26-33.
55. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. 2016 Jun; 17: 100-10.
56. Meier EP, Gray J. Facebook Photo Activity Associated with Body Image Disturbance in Adolescent Girls. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014 Apr; 17(4): 199-206.
57. Walker M, Thornton L, De Choudhury M, Teevan J, Bulik CM, Levinson CA, et al. Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women. *J Adolesc Health*. 2015 Aug; 57(2): 157-63.
58. Rühl I, Legenbauer T, Hiller W. The impact of exposure to images of ideally thin models in TV commercials on eating behavior: An experimental study with women diagnosed with bulimia nervosa. *Body Image*. 2011 Sept; 8(4): 349-56.
59. Zachrisson HD, Skarderud F. Feelings of Insecurity: review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev*. 2010 Mar; 18(2): 97-106.
60. Barbosa MR, Costa ME. A influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 2001-2002; 17-18: 83-94.

61. Barbosa MR. Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal [Tese]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2008.
62. Machado TS, Oliveira M. Vinculação aos pais em adolescentes portugueses: o estudo de Coimbra. *Psicologia e Educação*. 2007; VI(1): 97-115.
63. Bowlby J. *Attachment and Loss*, Vol. 1. *Attachment*. Harmondsworth: Penguin Books. 1978 (trabalho original publicado em 1969).
64. Freeman H, Brown BB. Primary Attachment to Parents and Peers During Adolescence: Differences by Attachment Style. *J Youth Adolesc*. 2001 Dec; 30(6): 653-74.
65. Barbosa R, Matos PM, Costa ME. Memórias afetivas do corpo: um estudo qualitativo acerca do papel dos pais na experiência corporal. *Psychologica*. 2009; 50: 57-83.
66. Soares I. Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento. Teoria e avaliação. In: Soares I (Coord.). *Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação*. Braga: Psiquilibrios; 2007. (pp. 15-45)
67. Bowlby J. *Attachment and Loss*, Vol. 2. *Separation, anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin Books. 1978b (trabalho original publicado em 1973).
68. Soares I. Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. In: Campos B (Org.). *O grupo de pares e a amizade*. Lisboa: Universidade Aberta. 1990 (pp.93-138).
69. Marcos YQ, Sebastián MJQ, Aubalat LP, Ausina JB, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2013 May; 28(4):199-206.
70. Bass PF. Family-based therapy for eating disorders. *Contemp Pediatr*. 2015 Sep; 27-30.
71. Robinson AL, Dolhanty J, Stillar A, Henderson K, Mayman S. Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clin Psychol Psychother*. 2016 Jan-Feb; 23(1): 14-23.
72. Robinson AL, Dolhanty J, Greenberg L. Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Jan-Feb; 22(1): 75-82.

73. Le Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*. 2005 Oct; 4(3): 142-6.
74. Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein RS. The Eating Disorders Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment. In: Sargent J, Liebman R. Chapter 40 - Family Therapy for Eating Disorders. New York: PMA Publishing Corp; 1988. p.447-55.
75. Russell GF, Szmulker GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Dec; 44(12): 1047-56.
76. Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*. 2012 Jan; 9(1): 43-9.
77. Gerner B, Wilson P. The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *Int J Eat Disord*. 2005 May; 37(4): 313-20.
78. Smink FR, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014 Sep; 47(6): 610-9.
79. White HJ, Haycraft E, Goodwin H, Meyer C. Eating disorder examination questionnaire: Factor structure for adolescent girls and boys. *Int J Eat Disord*. 2014 Jan; 47(1): 99-104.
80. Rø Ø, Reas DL, Stedal K. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2015 Sep; 23(5): 408-12.
81. Rø Ø, Reas DL, Rosenvinge J. The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eat Behav*. 2012 Apr; 13(2): 158-61.
82. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 2002 Nov; 53(5): 985-93.
83. Thompson JK, Shroff H, Herbozo S, Cafri G, Rodriguez J, Rodriguez M. Relations Among Multiple Peer Influences, Body Dissatisfaction, Eating Disturbance,

and Self-Esteem: A Comparison of Average Weight, At Risk of Overweight, and Overweight Adolescent Girls. *J Pediatr Psychol*. 2007 Jan-Feb; 32(1): 24–9.

84. Chang FC, Lee CM, Chen PH, Chiu CH, Pan YC, Huang TF. Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. *Eat Behav*. 2013 Aug; 14(3): 382-5.

85. Michels N, Amenyah SD. Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: role of media, lifestyle and well-being. *Public Health*. 2017 May; 146: 65-74.

86. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *Int J Eat Disord*. 2014 Nov; 47(7): 710-7.

87. Szalai TD, Czeglédi E, Vargha A, Grezsa F. Parental Attachment and Body Satisfaction in Adolescents. *J Child Fam Stud*. 2017 Apr; 26(4): 1007-17.

88. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Weight. About Child & Teen BMI. [Internet] [Citação: 5 de Julho de 2016.] Disponível em: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html.

89. WHO. World Health Organization. Programmes. Growth reference 5-19 years. [Internet] [Citação: 5 de Julho de 2016.] Disponível em: http://www.who.int/entity/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html.

90. Heinberg LJ, Thompson JK, Stormer S. Development and Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *Int J Eat Disord*. 1995 Jan; 17(1): 81-9.

91. Thompson JK, Van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and Validation. *Int J Eat Disord*. 2004 Apr; 35(3): 293-304.

92. Sánchez-Carracedo D, Barrada JR, López-Guimerà G, Fauquet J, Almenara CA, Trepát E. Analysis of the factor structure of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-3) in Spanish secondary-school students through exploratory structural equation modeling. *Body Image*. 2012 Jan; 9(1): 163-71.

93. Cusumano DL, Thompson JK. Body Image and Body Shape Ideals in Magazines: Exposure, Awareness, and Internalization. *Sex Roles*. 1997 Nov; 37(9): 701-21.

94. Francisco R, Santos R, Oliveira L, Novo R. Portuguese version of SATAQ-R (version for research). Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.

- 95.** Faria C, Bastos A, Soares I, Silva C. Organização da vinculação e qualidade da relação com os pares. *Infad Psicol Infanc Adolesc*. 2008; 1: 201-10.
- 96.** Cunha AI, Relvas AP, Soares I. Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *Int J Clin Health Psychol*. 2009; 9(2): 229-40.
- 97.** Neves L, Soares I, Silva MC. Inventário da Vinculação na Adolescência – I.P.P.A. In: Simões MR, Gonçalves MM, Almeida LS. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2). Braga: APPORT/SO; 1999. p. 37-48.
- 98.** Armsden GC, Greenberg MT. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence. *J Youth Adolesc* Mar 1987 Oct; 16(5): 427-54.
- 99.** Anastácio S, Nobre-Leitão L. A relação entre a vinculação ao pai e à mãe e a empatia no início da adolescência. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015; 6(1): 109-23.
- 100.** Nawaz S, Gilani N. Relationship of parental and peer attachment bonds with career decision-making self-efficacy among adolescents and post- adolescents. *J Behav Sci*. 2011; 21(1): 33-47.
- 101.** Machado PP, Martins C, Vaz AR, Conceição E, Bastos AP, Gonçalves S. Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *Eur Eat Disord Rev*. 2014 Nov; 22(6): 448-53.
- 102.** Chan CW, Leung SF. Validation of the Eating Disorder Examination Questionnaire: an online version. *J Hum Nutr Diet*. 2015 Dec; 28(6): 659-65.
- 103.** Gomes R, Gonçalves S, Costa J. Exercise, eating disordered behaviors and psychological well-being: a study with Portuguese adolescents. *Rev Latinoam Psicol*. 2015; 47(1): 66–74.
- 104.** Mantilla EF, Birgegård A. Eating disorder examination questionnaire: Norms and clinical reference data from adolescent boys and girls in Sweden. *Psychiatry Res*. 2016 May; 239: 156-62.
- 105.** Horesh N, Sommerfeld E, Wolf M, Zubery E, Zalsman G. Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *Eur Psychiatry*. 2015 Jan; 30(1): 114-20.
- 106.** Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav*. 2012 Dec; 13(4): 305-9.

- 107.** Karsli Y, Karsli TA. Media Effects on Body Image and Eating Attitudes of the Women Living in Metropolitan and Rural Areas in a Turkish Population. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 205: 99 – 102.
- 108.** Alman J, Hoiles K, Watson H, Egan S, Hamilton M, McCormack J et al. Rural-metropolitan health differential for young persons with eating disorders referred for specialist treatment. *J Eat Disord.* 2014 2(Suppl 1):O55.
- 109.** Sheridan T, Brown LJ, Moy S, Harris D. Health outcomes of eating disorder clients in a rural setting. *Aust J Rural Health.* 2013 Aug; 21(4): 232-3.
- 110.** Michael SL, Wentzel K, Elliott MN, Dittus PJ, Kanouse DE, Wallander JL et al. Parental and peer factors associated with body image discrepancy among fifth-grade boys and girls. *J Youth Adolesc.* 2014 Jan; 43(1): 15-29.

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário Sociodemográfico.

Quem sou eu	<p>Sexo: Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/></p> <p>Idade: ____</p> <p>Nacionalidade: Portuguesa <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/></p>
A minha escola	<p>Escola que frequenta: _____</p> <p>Ano de escolaridade: _____</p> <p>1. 5º ano 4. 8º ano 7. 11º ano</p> <p>2. 6º ano 5. 9º ano 8. 12º ano</p> <p>3. 7º ano 6. 10º ano</p>
Como descrevo o meu corpo?	<p>Muito magro/a <input type="radio"/></p> <p>Magro/a <input type="radio"/></p> <p>Nem magro/a nem gordo/a <input type="radio"/></p> <p>Com excesso de peso <input type="radio"/></p> <p>Obeso/a <input type="radio"/></p> <p>Peso: ____kg Altura: ____m IMC: ____</p>
Os meus pais	<p>Escolaridade Pai: ____ Escolaridade Mãe: ____</p> <p>1. Analfabeto</p> <p>2. Sabe ler e escrever</p> <p>3. 1ºciclo/instrução primária</p> <p>4. 2ºciclo/9º ano</p> <p>5. 3ºciclo/ 10º ao 11º ano</p> <p>6. 12ºano</p> <p>7. Licenciatura</p> <p>8. Mestrado/Doutoramento</p>

Apêndice B: Questões sobre Comportamentos Alimentares.

1. Já alguma vez reduziste a tua alimentação porque te preocupavas com a tua forma corporal ou com o teu peso? ☐ SIM ☐ NÃO
2. Sentes um medo muito grande em aumentar de peso? ☐ SIM ☐ NÃO
3. Mesmo quando perdes algum peso? ☐ SIM ☐ NÃO
4. Alguma vez te aconteceu comeres uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo que outras pessoas considerariam exagerada? ☐ SIM ☐ NÃO. Se não, avança para a questão 7.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes aconteceu esta ingestão exagerada de comida?
☐ Não tive nenhum episódio durante os últimos 3 meses
☐ Mensalmente. Normalmente tenho vezes por mês
☐ Semanalmente. Normalmente tenho vezes por semana
☐ Diariamente. Normalmente tenho vezes por dia.
5. Sentes que não consegues ter controlo quando tens um destes episódios? ☐ SIM ☐ NÃO
6. Ficas aflito(a) nestas situações? ☐ SIM ☐ NÃO
7. Já alguma vez tomaste comprimidos para emagrecer? ☐ SIM ☐ NÃO
Se não, avança para a questão seguinte.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes tomaste comprimidos para emagrecer?
☐ Não tomei comprimidos para emagrecer nos últimos 3 meses
☐ Mensalmente. Normalmente tomo comprimidos para emagrecer vezes por mês
☐ Semanalmente. Normalmente tomo comprimidos para emagrecer vezes por semana
☐ Diariamente. Normalmente tomo comprimidos para emagrecer vezes por dia
8. Já alguma vez tomaste diuréticos (comprimidos para eliminar o excesso de líquidos no corpo) para controlares o teu peso? ☐ SIM ☐ NÃO. Se não, avança para a questão seguinte.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes tomaste diuréticos para controlares o teu peso?
☐ Não tomei diuréticos para controlar o meu peso nos últimos 3 meses
☐ Mensalmente. Normalmente tomo diuréticos vezes por mês
☐ Semanalmente. Normalmente tomo diuréticos vezes por semana
☐ Diariamente. Normalmente tomo diuréticos vezes por dia
9. Já alguma vez tentaste vomitar depois de teres comido para controlares o teu peso? ☐ SIM ☐ NÃO.
Se não, avança para a questão seguinte.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes provocaste o vômito para controlares o teu peso?
☐ Não provoquei o vômito para controlar o meu peso nos últimos 3 meses
☐ Mensalmente. Vomito normalmente vezes por mês
☐ Semanalmente. Vomito normalmente vezes por semana
☐ Diariamente. Vomito normalmente vezes por dia.
10. Já alguma vez usaste laxantes para controlares o teu peso? ☐ SIM ☐ NÃO. Se não, avança para a questão seguinte.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes usaste laxantes?
☐ Não tomei laxantes para controlar o meu peso nos últimos 3 meses
☐ Mensalmente. Normalmente uso laxantes vezes por mês

- ___ Semanalmente. Normalmente uso laxantes ___ vezes por semana
___ Diariamente. Normalmente uso laxantes ___ vezes por dia
- 11.** Já alguma vez fizeste jejum para controlares o teu peso? __ SIM __NÃO. Se não, avança para a questão seguinte.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes fizeste jejum para controlares o teu peso?
___ Não fiz jejum para controlar o meu peso nos últimos 3 meses
___ Mensalmente. Normalmente faço jejum ___ vezes por mês
___ Semanalmente. Normalmente faço jejum ___ vezes por semana
___ Diariamente. Normalmente faço jejum ___ vezes por dia
- 12.** Já alguma vez fizeste exercício para controlares o teu peso? __ SIM __NÃO. Se não, avança para a questão 14.
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes fizeste exercício para perderes peso?
___ Não fiz exercício para controlar o meu peso nos últimos 3 meses
___ Mensalmente. Normalmente faço exercício ___ vezes por mês
___ Semanalmente. Normalmente faço exercício ___ vezes por semana
___ Diariamente. Normalmente faço exercício ___ vezes por dia
- 13.** Em média, quanto tempo fazes de exercício de cada vez? _____ minutos
- 14.** Estás satisfeito(a) com o corpo que tens? __ SIM __NÃO. Se não, é porque te achas gordo(a)? __ SIM __ NÃO
- 15.** O que sentes em relação à tua forma corporal interfere com a tua vida social (estar com os amigos, ir ao cinema, a festas...)? __ SIM __ NÃO.

Apêndice C: Cronograma do estudo.

Planeamento 2016-17	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Revisão e Actualização Bibliográfica														
Recolha de dados														
Análise estatística dos dados														
Elaboração da Tese														
Elaboração de Artigos														
Defesa de Tese														

Apêndice D: Consentimento informado, livre e esclarecido - Encarregados de Educação.

Estudo sobre a Prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar e fatores de risco associados à Imagem Corporal, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incompleto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorde com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Caro(a) Senhor(a) Encarregado(a) de Educação,

Sou aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e estou a desenvolver uma investigação, enquadrada no âmbito da realização da tese de mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar, que tem como objetivo estudar a prevalência das perturbações do comportamento alimentar e os fatores de risco associados à imagem corporal, numa população de adolescentes, no Concelho de Manteigas. Como instrumentos de recolha de dados serão utilizados questionários de auto resposta preenchidos pelos alunos. A todas as informações obtidas será garantida a CONFIDENCIALIDADE e o ANONIMATO, sendo o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo científico.

Assim, peço-lhe autorização para que o(a) seu(sua) educando(a) possa integrar neste estudo. A participação é voluntária e é garantida a possibilidade de, a qualquer momento, desistir de participar sem qualquer tipo de consequências. A sua colaboração é fundamental para o bom cumprimento dos objetivos desta investigação.

Grata pela colaboração, com os melhores cumprimentos,

(joanaritasebastiao@gmail.com; 961250227)

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

(Deve ser preenchido pelo encarregado de Educação)

Eu, _____, encarregado de Educação do aluno, _____, li e decidi autorizar a sua participação neste estudo.

Assinatura do Encarregado(a) de Educação:

.....

Assinatura do Educando (se tiver mais de 14 anos também deve assinar, se consentir):

.....

Data:/...../.....

Apêndice E: Distribuição de frequências dos comportamentos alimentares dos participantes.

Questões sobre comportamentos alimentares	Resposta	Masculino	Feminino	Total n(%)
1. Já alguma vez reduziste a tua alimentação porque te preocupavas com a tua forma corporal ou com o teu peso?	Sim Não	15 28	31 33	46 (43,0%) 61 (57,0%)
2. Sentes um medo muito grande em aumentar de peso? *	Sim Não	12 31	35 29	47 (43,9%) 60 (56,1%)
3. Mesmo quando perdes algum peso?	Sim Não	12 31	28 36	40 (37,4%) 67 (62,6%)
4. Alguma vez te aconteceu comeres uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo que outras pessoas considerariam exagerada?	Sim Não	18 25	29 35	47 (43,9%) 60 (56,1%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes aconteceu esta ingestão exagerada de comida?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	4 11 3 0	12 14 2 1	16 (34,0%) 25 (53,2%) 5 (10,6%) 1 (2,10%)
Sentes que não consegues ter controlo quando tens um destes episódios?	Sim Não	7 11	15 14	22 (46,8%) 25 (53,2%)
Ficas aflito(a) nestas situações?	Sim Não	3 15	13 16	16 (34,0%) 31 (66,0%)
5. Já alguma vez tomaste comprimidos para emagrecer?	Sim Não	0 43	1 63	1 (0,90%) 106(99,1%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes tomaste comprimidos para emagrecer?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	-- -- -- --	-- -- -- 1	-- -- -- 1 (100%)
6. Já alguma vez tomaste diuréticos (comprimidos para eliminar o excesso de líquidos no corpo) para controlares o teu peso?	Sim Não	0 43	2 62	2 (1,90%) 105(98,1%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes tomaste diuréticos para controlares o teu peso?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	-- -- -- --	1 -- -- 1	1 (50,0%) -- -- 1 (50,0%)
7. Já alguma vez tentaste vomitar depois de teres comido para controlares o teu peso?	Sim Não	1 42	7 57	8 (7,50%) 99 (92,5%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes provocaste o vômito para controlares o teu peso?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	1 -- -- --	6 1 -- --	7 (87,5%) 1 (12,5%) -- --

Nota: Quando exploradas as diferenças por sexo, através do teste qui-quadrado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas questões 2, 9 e 10.

Apêndice E (Cont.): Distribuição de frequências dos comportamentos alimentares dos participantes.

Questões sobre comportamentos alimentares	Resposta	Masculino	Feminino	Total n(%)
8. Já alguma vez usaste laxantes para controlares o teu peso?	Sim Não	0 43	1 63	1 (0,90%) 106(99,1%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes usaste laxantes?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	-- -- -- --	1 -- -- --	1 (100%) -- -- --
9. Já alguma vez fizeste jejum para controlares o teu peso? *	Sim Não	2 41	13 51	15 (14,0%) 92 (86,0%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes fizeste jejum para controlares o teu peso?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	1 1 -- --	4 7 1 1	5 (33,3%) 8 (53,3%) 1 (6,70%) 1 (6,70%)
10. Já alguma vez fizeste exercício para controlares o teu peso? *	Sim Não	22 21	46 18	68 (63,6%) 39 (36,4%)
Se sim, durante os últimos 3 meses, quantas vezes fizeste exercício para perderes peso?	Não ocorreu Mensalmente Semanalmente Diariamente	1 2 12 7	4 12 20 10	5 (7,40%) 14 (20,6%) 32 (47,1%) 17 (25,0%)
11. Estás satisfeito(a) com o corpo que tens?	Sim Não	32 11	40 24	72 (67,3%) 35 (32,7%)
Se não, é porque te achas gordo(a)?	Sim Não	5 6	17 7	22 (62,9%) 13 (37,1%)
12. O que sentes em relação à tua forma corporal interfere com a tua vida social (estar com os amigos, ir ao cinema, a festas...)?	Sim Não	7 36	12 52	19 (17,8%) 88 (82,2%)

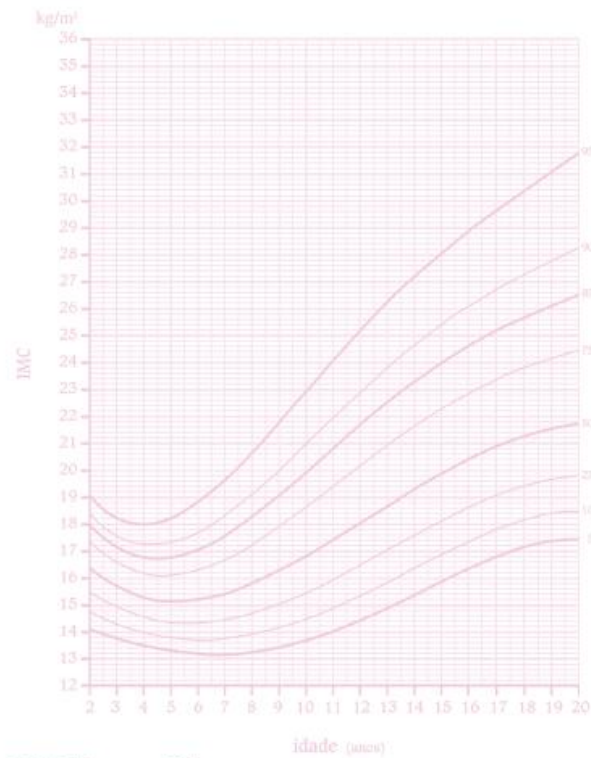
Nota: Quando exploradas as diferenças por sexo, através do teste qui-quadrado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas questões 2, 9 e 10.

ANEXOS

Anexo 1: Tabelas de percentis do *Centers for Disease Control* (CDC).

RAPARIGAS

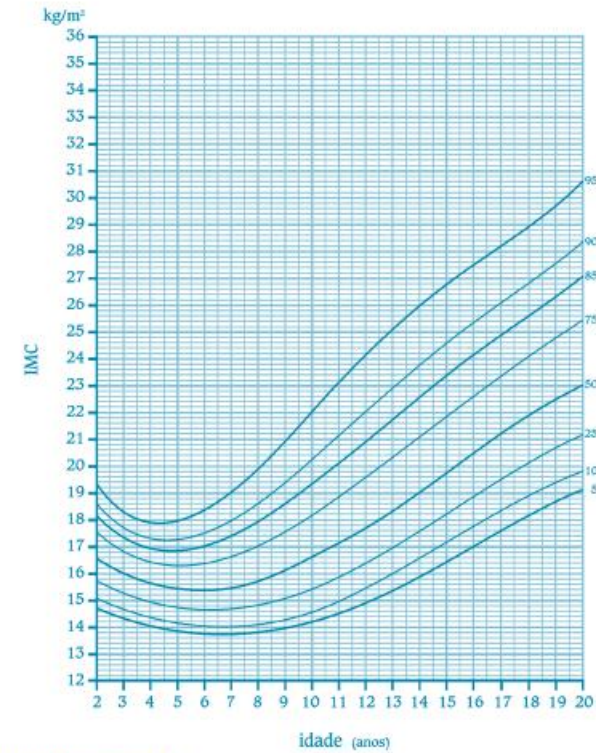
índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95
EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95


RAPAZES





índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95
EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

Anexo 5: Aprovação pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML).

 **CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA**

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE  HOSPITAIS DE SANTAMARÍA  Hospital PulidoValente  FAKULDADE DE MEDICINA LISBOA  Instituto de Medicina Molecular

Presidente
Prof. Doutor José Pereira Miguel

Vice-Presidente
Prof.^a. Doutora Maria Luisa Figueira

Membros
Prof. Doutor Alexandre Mendonça
Dra. Ana Luisa Figueiras
Prof. Dr. Carlos França
Padre Fernando Sampaio
Mestre Enf.^a. Graça Roldão
Prof. Doutor João Forjaz Lacerda
Prof. Doutor João Lavinha
Prof. Doutor José Luis Ducla Soares
Prof. Doutor José Luis Garcia
Prof.^a. Doutora Mafalda Videira
Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora
Nutricionista Joana Sebastião
Rua Belo Marques, Nº 5C 9E
1750-049 LISBOA

Lisboa, 30 de Maio de 2016

Nossa Ref.^a. Nº 175/16

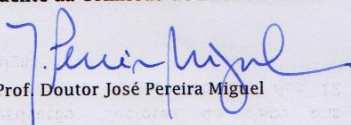
Assunto: Projecto de Investigação "Factores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em adolescentes dos 12 aos 14 anos, no Conselho de Manteigas"

Relator - Prof.^a. Doutora Maria Luisa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epigrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 18 de Maio de 2016, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML


Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA (CHLN/FMUL/IMM)
Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Anexo 6: Aprovação pela Direção-Geral da Educação (DGE).

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0541500001, com a designação *Fatores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas*, registado em 24-06-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Joana Rita Batista Ferreira Sebastião
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vítor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e revelando sensibilidade, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD nº 6155/2016 de 21 de junho.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.
- d) A DGE gostaria de ter conhecimento dos resultados e conclusões do presente estudo dada a sua relevância para o sistema de ensino.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo 7: Aprovação pela Direção do Agrupamento de Escolas de Manteigas (AEM).

Ex.ma Senhora

Joana Sebastião

Tendo em atenção ao que nos solicita para a realização do projecto, no âmbito do Mestrado, sobre o tema "*Factores de Risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas*", autorizamos a realização de tal estudo no Agrupamento de Escolas de Manteigas.

Permitimo-nos, no entanto, chamar a atenção para o cumprimento do estipulado em www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0

Com os melhores cumprimentos

O Diretor

Renato de Jesus Madeira Alves

Anexo 8: Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).



Proc. n.º 8872/ 2016

Autorização n.º 6155/ 2016

Joana Rita Batista Ferreira Sebastião, NIPC 218850484, notificou à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Fatores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave de codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2016 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2016, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2016, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2016.



Proc. n.º 8872/ 2016 | 2

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 6.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2016, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Joana Rita Batista Ferreira Sebastião

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Fatores de risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, no Concelho de Manteigas

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; dados de cuidadores/acompanhantes (apenas os relacionados com as necessidades do participante); comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 6 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2016, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.



Proc. n.º 8872/ 2016 | 3

Lisboa, 21-06-2016

A Presidente

Filipa Calvão